

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

**Creación de un manual educativo sobre lactancia materna dirigido a madres, padres y
encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México,
durante 2019**

Proponentes:

Natalia Chacón Galarza

Ana Marcela Rodríguez Rodríguez

Profesora tutora:

M.Sc. Ernestina Aguirre Vidaurre

San José, Costa Rica

2019

Agradecimientos

“Dar el pecho no es uno de los sacrificios que hacemos para prolongar la vida, sino uno de los motivos por los que queremos vivir, No es un medio para lograr un objetivo, si no un fin en sí mismo”.

-Carlos González.

Agradecemos a todas las madres, los padres y los acompañantes que colaboraron con gran disposición para la creación de este manual educativo en pro de la lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa.

Al Hospital México, que nos abrió las puertas en diversos espacios como lo fueron la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo, la Sala de Espera de Ultrasonidos y los Cursos de preparación para el parto, en coordinación con la Máster Marcela Zárate Montero.

A nuestra Directora de Trabajo Final de Graduación, M.Sc. Ernestina Aguirre Vidaurre, por hacer de esta experiencia un aprendizaje constante y enriquecedor, y siempre mantenerse en plena disposición durante el proceso.

Y finalmente, a la Universidad de Costa Rica, por representar todos los ideales con los cuales nos identificamos y ofrecernos una educación invaluable de la mano de excelentes profesionales del área de la salud.

Dedicatoria

“La enfermería es un arte, y si se pretende que sea arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o escultor, pero; ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del Espíritu de Dios? La enfermería es una de las Bellas Artes, casi diría, la más bella de las Artes”

-Florence Nightingale.

Este Trabajo Final de Graduación está dedicado a mis padres Aura y Roberto, por acompañarme y apoyarme en este camino para formarme como profesional en enfermería.

Natalia Chacón Galarza

Agradeciendo a Dios en primer lugar, con gran satisfacción dedico este trabajo a mis papás José María y Rosa, que han sido mis pilares y mi centro. A mis hermanos, Damián, Julián, Mónica, Heylin. A mis sobrinos Fabio, Matías y Sem. A abuelita Eida, por enseñarme a ser perseverante, y finalmente, a mi alma gemela, mi hermana Asunción.

Ana Marcela Rodríguez Rodríguez

Tabla de contenidos

| | |
|---|----|
| 1. Capítulo I: Introducción | 1 |
| 1.1. Introducción | 1 |
| 1.2. Justificación | 4 |
| 1.3. Antecedentes nacionales e internacionales | 17 |
| 1.3.1 Antecedentes internacionales. | 17 |
| 1.3.2 Antecedentes Nacionales..... | 40 |
| 2. Capítulo II: Planteamiento del problema..... | 49 |
| 2.1. Planteamiento del problema..... | 49 |
| 2.1.1 Esquema causa-efecto. | 50 |
| 2.2. Objetivos..... | 54 |
| 2.2.1 Objetivo general. | 54 |
| 2.2.2 Objetivos específicos..... | 54 |
| 3. Capítulo III: Marco referencial..... | 56 |
| 3.1 Conceptos generales sobre lactancia materna..... | 56 |
| 3.1.1 Lactancia Materna. | 56 |
| 3.1.2 Leche materna. | 57 |
| 3.1.3 Beneficios de la lactancia materna en los niños y las niñas. | 60 |
| 3.1.4 Beneficios de la lactancia materna en las madres. | 62 |
| 3.1.5 Beneficios de la lactancia materna en la familia. | 64 |
| 3.1.6 Beneficios de la lactancia materna en la sociedad. | 65 |
| 3.1.7 Beneficios de la lactancia materna para el medio ambiente..... | 66 |
| 3.2 Conceptos vinculados con la lactancia materna en etapas tempranas | 69 |
| 3.2.1 Preparación para la lactancia materna..... | 69 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 3.2.2 | Conceptos sobre anatomía y fisiología de las glándulas mamarias en la mujer y su papel en la lactancia materna..... | 70 |
| 3.2.3 | Cuidados de las mamas..... | 75 |
| 3.2.4 | Alimentación e hidratación en la madre..... | 76 |
| 3.2.5 | Abuso de sustancias en el periodo prenatal y su relación con la lactancia materna..... | 80 |
| 3.3 | Conceptos y prácticas vinculadas a lactancia materna que deben ser implementadas en el periodo postnatal | 88 |
| 3.3.1 | Cuidados del recién nacido..... | 88 |
| 3.3.2 | Contacto piel con piel..... | 94 |
| 3.3.3 | Acople del lactante al pecho materno..... | 98 |
| 3.3.5 | Frecuencia y cantidad de tomas de leche materna..... | 99 |
| 3.3.6 | Posturas para amamantar..... | 103 |
| 3.3.7 | Colecho..... | 106 |
| 3.3.8 | Sueño seguro..... | 107 |
| 3.3.9 | Chupetes y biberones..... | 109 |
| 3.3.10 | Extracción y conservación de la leche materna..... | 110 |
| 3.3.11 | Medicamentos compatibles e incompatibles con la lactancia materna..... | 114 |
| 3.3.12 | Relactación..... | 117 |
| 3.3.13 | Lactancia materna y alimentación complementaria en los niños y las niñas... | 119 |
| 3.4 | Complicaciones infantiles y maternas que pueden surgir en la lactancia materna ... | 125 |
| 3.4.1 | Complicaciones infantiles..... | 126 |
| 3.4.2 | Complicaciones maternas..... | 136 |
| 3.5 | Información de relevancia durante todo el proceso de lactancia materna | 149 |
| 3.5.1 | Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo..... | 149 |
| 3.5.2 | Bancos y Centros de recolección de leche humana..... | 150 |

| | |
|---|-----|
| 3.5.3 Salas de lactancia en los centros de trabajo..... | 152 |
| 3.6 Proceso de aprendizaje en la adultez | 155 |
| 3.6.1 Constructivismo. | 156 |
| 3.6.2 Andragogía. | 159 |
| 3.6.3 Herramienta de aprendizaje..... | 163 |
| 3.6.4 Manual educativo y educación en salud..... | 165 |
| 3.7 Proceso de enfermería en el periodo prenatal y postnatal y su relación con la lactancia materna..... | 167 |
| 3.7.1 Teorías de Enfermería que puede ser implementadas en el periodo prenatal y postnatal y su relación con la lactancia materna. | 171 |
| 4. Capítulo IV: Marco metodológico..... | 186 |
| 4.1. Modalidad de la Investigación..... | 186 |
| 4.2 Lugar..... | 187 |
| 4.3. Población | 187 |
| 4.4 Diseño metodológico | 187 |
| 4.4.1 Fase de pre inversión..... | 190 |
| 4.4.2 Fase de promoción, negociación y financiamiento. | 193 |
| 4.4.3 Fase de inversión o ejecución..... | 195 |
| 4.4.4 Fase de operacionalización y funcionamiento. | 195 |
| 4.4.5 Fase de evaluación | 196 |
| 4.5 Técnicas e instrumentos..... | 197 |
| 4.6 Consideraciones éticas | 199 |
| 4.7 Calendarización del proyecto investigativo | 203 |
| 5. Capítulo V: Análisis de resultados | 205 |
| 5.1 Diagnóstico de necesidades | 205 |
| 5.1.1 Población meta. | 205 |

| | |
|--|-----|
| 5.1.2 Análisis de la información..... | 207 |
| 5.2 Validación del Manual..... | 236 |
| 5.3 Ficha Técnica..... | 244 |
| 6. Capítulo VI: Consideraciones finales..... | 343 |
| 6.1 Conclusiones..... | 343 |
| 6.2 Recomendaciones..... | 344 |
| 7. Capítulo VII: Referencias bibliográficas..... | 348 |
| 8. Capítulo VIII: Anexos..... | 374 |
| Anexo 1. Guía de observación..... | 374 |
| Anexo 2. Instrumento conversatorio madres..... | 375 |
| Anexo 3. Instrumento entrevista expertos..... | 379 |
| Anexo 4. Guía de observación con categorías de análisis..... | 384 |
| Anexo 5. Tablas de resultados de los conversatorios con las madres..... | 393 |
| Anexo 6. Tabla distribución de clínicas de lactancia materna en el país..... | 403 |
| Anexo 7. Otros documentos importantes..... | 404 |

Índice de tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Alimentos apropiados para la alimentación complementaria..... | 122 |
| Tabla 2. Temas de lactancia materna sugeridos por madres, padres y acompañantes para ser incluidos en un material educativo | 208 |
| Tabla 3. Etapa del periodo de gestación en el cual las madres, padres y acompañantes consideran más conveniente recibir un material educativo sobre Lactancia Materna | 223 |
| Tabla 4. Técnicas de aprendizaje que las madres, padres y acompañante consideran más apropiados para construir el material educativo | 228 |
| Tabla 5. Sugerencias de formato y diseño para el material educativo, aportados por las madres, padres y acompañantes..... | 231 |
| Tabla 6. Sugerencias de las madres, padres y acompañantes sobre la forma en la que les parece más conveniente recibir el material educativo | 234 |
| Tabla 7. Técnicas de aprendizaje más adecuadas para madres, padres y encargados en temas de Lactancia Materna, sugeridas por expertos | 238 |
| Tabla 8. Estrategias enseñanza-aprendizaje más novedosas que pueden implementarse en temas de Lactancia Materna, sugeridas por expertos | 239 |
| Tabla 9. Temas de Lactancia Materna sugeridos por expertos y expertas para la construcción de un manual educativo..... | 241 |



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **05 de febrero 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Natalia Chacón Galarza**, carné **B21732**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Proyecto**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ernestina Aguirre Vidaurre, Directora
Shirley K. Vargas Chaves, Lectora
Marcela M. Zárate Montero, Lectora
Laura López Navarro, Quinto miembro
Jéssica Miranda Navas, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Natalia Chacón Galarza** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Natalia Chacón Galarza**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Creación de un manual educativo sobre lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, durante 2019”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
05 de febrero 2020

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

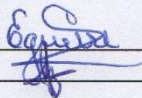

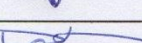
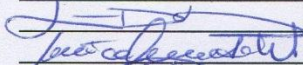
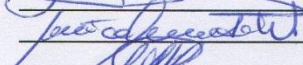

Aprobado

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **once** horas.

| | |
|---|---------------------------------------|
|  | Ernestina Aguirre Vidaurre, Directora |
|  | Shirley K. Vargas Chaves, Lectora |
|  | Marcela M. Zárate Montero, Lectora |
|  | Laura López Navarro, Quinto miembro |
|  | Jéssica Miranda Navas, Preside |
|  | Postulante |

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **05 de febrero 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Ana Marcela Rodríguez Rodríguez**, carné **B25723**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Proyecto**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ernestina Aguirre Vidaurre, Directora
Shirley K. Vargas Chaves, Lectora
Marcela M. Zárate Montero, Lectora
Laura López Navarro, Quinto miembro
Jéssica Miranda Navas, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Ana Marcela Rodríguez Rodríguez** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Ana Marcela Rodríguez Rodríguez**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Creación de un manual educativo sobre lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, durante 2019”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
05 de febrero 2020

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

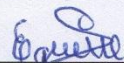

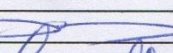
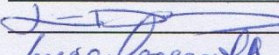
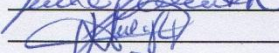

Aprobado

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **once** horas.

| | |
|---|---------------------------------------|
|  | Ernestina Aguirre Vidaurre, Directora |
|  | Shirley K. Vargas Chaves, Lectora |
|  | Marcela M. Zárate Montero, Lectora |
|  | Laura López Navarro, Quinto miembro |
|  | Jéssica Miranda Navas, Preside |
|  | Postulante |

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante



Resumen

Creación de un manual educativo sobre lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, durante el 2019.

Natalia Chacón Galarza

Ana Marcela Rodríguez Rodríguez

Introducción: en Costa Rica, existe todo un marco legal que incluye leyes, políticas, decretos, entre otros, que fomentan y protegen la lactancia materna. Sin embargo, para el año 2019 se publicaron los resultados de la Iniciativa Mundial sobre la Tendencia en Lactancia Materna, indicando que en el país falta apoyo informativo en cuanto al tema y que la duración mediana de la lactancia materna no es la óptima, entre otros aspectos. Además, según el análisis de la situación de lactancia en el país publicado en el 2010, únicamente un 21,8% de los niños y niñas recibe lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. Por lo tanto, tomando en consideración estos resultados y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, al mencionar que es un derecho de los niños y las niñas recibir lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, se ha identificado como problema principal la alta demanda de un manual educativo sobre el acompañamiento de la lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa. Por esta razón, este proyecto tiene como objetivo elaborar un manual educativo sobre el acompañamiento de la lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados, de manera que sea distribuido a esta población en los diferentes espacios de atención.

Método: para alcanzar este objetivo, se desarrolló una investigación bajo una modalidad proyecto, con un enfoque cualitativo y un diseño descriptivo, en la cual se trabajó con un total de 73 personas madres, padres y acompañantes y se contó con la

consulta a 4 expertos en el tema. Se identificaron las necesidades que tenía esta población con respecto a la lactancia materna, mediante la realización de conversatorios y observación no participante, así como entrevistas a los expertos. También se identificaron los insumos, recursos y el financiamiento necesarios para diseñar el manual y posteriormente elaborarlo. De igual manera, se diseñó un instrumento que evalúa la comprensión de los contenidos del material educativo.

Resultados: la herramienta elegida para solventar las necesidades de la población fue el manual, porque puede ajustarse perfectamente en múltiples escenarios, pues conecta el conocimiento científico con la difusión a una población meta y responde a las realidades y necesidades de una sociedad con su propia estructura política y cultural. Entre los resultados más destacados, se determinó que todos los subgrupos consideran de gran relevancia incluir temas como lo son el amamantamiento, las posiciones para amamantar, la correcta técnica para un acople entre la boca y el pecho de la madre, las formas de evitar el cese en la producción de leche materna, los indicadores de una correcta succión, deglución y adecuada absorción de los nutrientes por parte del lactante; la ablactación en los niños y las niñas; y el proceso de extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna. Además, se incluyeron otros temas divididos por secciones que van desde conceptos generales que abarcan los beneficios más importantes, las etapas tempranas de la lactancia, etapa posnatal, complicaciones más frecuentes y cómo abordarlas, así como información de los bancos de leche y las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo.

Conclusiones: al indagar sobre los antecedentes internacionales y nacionales de instrumentos educativos para el abordaje de la lactancia materna, se visualizó que existen diversos insumos a nivel internacional. Sin embargo, en Costa Rica, existen vacíos en material informativo para ser distribuido a la población. El profesional de Enfermería debe

ahondar en las teorías y métodos como lo son el constructivismo y andragogía, que si bien pertenecen al área educativa, complementan las teorías y modelos propios de Enfermería, como la teoría del déficit de autocuidado creada por Dorothea Elizabeth Orem, la teoría de las transiciones establecida por Afaf Ibrahim Meleis y el modelo de adaptación formulado por Sor Callista Roy; de manera que el profesional asegure la efectividad del desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería durante el periodo prenatal, de parto y posnatal, brindando una calidad integral del cuidado de la salud. Es vital continuar con las coordinaciones necesarias para lograr que la Editorial de la Universidad de Costa Rica, en primera instancia, y la imprenta de la CCSS, lleven a cabo la impresión de ejemplares de este manual educativo. Finalmente, es importante resaltar que la lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa, no es un proceso innato, sino un aprendizaje continuo, que requiere del apoyo de su familia y amigos, además de los profesionales en enfermería. Una actitud positiva, los estímulos sensoriales, auditivos, visuales y olfativos continuos, el nivel de sensibilización, los conocimientos de los aspectos técnicos de este proceso, el ambiente físico y psicológico que rodea a la madre y al recién nacido, entre otros, son elementos que colaborarán ampliamente en la instauración adecuada de la lactancia materna.

Palabras clave: enfermería, lactancia materna, amamantamiento, cuidado integral, proceso de enfermería, manual educativo.

Abstract

Creation of an educational handbook about breastfeeding addressed to parents and guardians who attend the Breastfeeding Clinic at Mexico Hospital during 2019.

Natalia Chacón Galarza

Ana Marcela Rodríguez Rodríguez

Introduction: there is a legal framework in Costa Rica which includes laws, policies, and decrees in order to protect, promote and support breastfeeding. However, in 2019, the World Breastfeeding Trends Initiative showed that there is a lack of information support about the topic in Costa Rica, and the median duration of breastfeeding is not optimal. Besides this, according to the national breastfeeding's situation analysis published in 2010, only 21,8% of the children are receiving exclusive breastfeeding until their first 6 months of life. Therefore, considering these results and the World Health Organization's recommendation that it's a children's right to receive exclusive breastfeeding during their first 6 months, the main problem that has been identified is the high demand of an educational handbook about exclusive, prolonged and successful breastfeeding. For this reason, this project's objective is to elaborate an educational handbook about breastfeeding addressed to parents and guardians, and deliver the material in different scenarios.

Methods: in order to accomplish the main objective, this investigation has been developed under the project modality with a qualitative approach and a descriptive design. Data were collected from 73 people who were mothers, fathers, and guardians. Also, 4 experts in breastfeeding were consulted for this project. These population's necessities were identified by conversation-type interviews and non-participant observation, as well as interviewing experts. Furthermore, in order to design and build the handbook, the required

resources and financing were identified. Additionally, an assessment tool was designed to evaluate the comprehension of the handbook's contents.

Results: the chosen tool to solve the population's necessities was the handbook because it can fit perfectly in multiple scenarios and it also can connect the scientific knowledge with the diffusion to a target population. Thus, the handbook responds to the realities and needs of a society with its own political and cultural structure. The most important results showed that every group considered relevant to include in the material topics such as breastfeeding, breastfeeding positions, techniques for correct positioning and attachment, ways to avoid cessation on breast milk production, correct suction and swallowing indicators, adequate nutrients absorption, weaning and feeding procedures for children, and the process of extraction, storage and conservation of breast milk. Additionally, the educational handbook is divided in 6 different sections which include general concepts, the most important breastfeeding benefits, early stages of breastfeeding, post-natal period, the most frequent complications, as well as important information such as Breastfeeding Clinics and Human Milk Banks.

Final conclusions: when reviewing the national and international background on educational material to approach breastfeeding, numerous papers were found at an international level. Nevertheless, in Costa Rica, there are still gaps in information support available for the population. Educational theories and methods like constructivism and andragogy ought to be considered by nursing professionals because those approaches complement nursing's own theories and models such as the self-care deficit theory by Dorothea Orem, the transitions theory by Afaf Ibrahim Meleis, and Sor Callista Roy's adaptation model. So, considering those theories and models the nursing professional will be able to provide high quality care and guarantee the nursing process effectiveness. It is

imperative to continue the liaison in order to achieve that the University of Costa Rica's publishing house and the CCSS's printing office publish the first editions of the educational handbook. Finally, the exclusive, prolonged and successful breastfeeding is not an innate process. Instead, breastfeeding is a continuous learning process that requires support from friends, family and nursing professionals. Consequently, elements such as a positive attitude, sensory, olfactory, visual, and auditory stimuli, the level of awareness, knowledge on the process' technical aspects, the physical and psychological environment that surround the mother and the newborn, among other aspects, will highly contribute and influence the breastfeeding establishment.

Key words: nursing, breastfeeding, holistic care, nursing process, educational handbook.

1. Capítulo I: Introducción

1.1. Introducción

El presente trabajo final de graduación se realizó bajo la modalidad de proyecto de investigación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Este consiste en la elaboración de un manual educativo sobre lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, durante el año 2019.

Como bien destaca Cerdas (2011) la lactancia materna es una práctica beneficiosa que disminuye las tasas de morbilidad y mortalidad infantil. Además, genera satisfacción personal a la madre, fortalece la formación de un vínculo único con el niño o la niña, favorece la salud reproductiva de la madre, impacta en la economía social, entre muchos otros aportes. Es por estas razones que las familias que deciden optar por realizar este proceso, requieren del apoyo y acompañamiento para poder proporcionar los cuidados esenciales y efectivos para el recién nacido, en lo referente a la lactancia materna y su adaptación al nuevo hogar.

Esta labor educativa, que debe ser realizada por el profesional de enfermería, requiere una comprensión amplia de un conglomerado de elementos inherentes a la socialización del ser humano como lo son, “el nivel socioeconómico, el nivel educacional, la dinámica de la familia, los grupos étnicos, los grupos culturales, el trabajo, los medios de comunicación, la publicidad y la promoción de este proceso” (Cerdas, 2011, p.330).

Los enfermeros y las enfermeras deben rescatar los aspectos positivos que otorgan estos conocimientos previos a la población y resaltar las “[...] ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas de la leche materna, que les permitirá adoptar una decisión informada sobre la alimentación para su futuro hijo(a)” (Cerdas, 2011, p.330) y finalmente, la instalación y el éxito de la lactancia materna.

Para realizar este proyecto se indagó sobre los antecedentes de manuales y guías de lactancia materna existentes, ya sea para profesionales en salud o usuarios y usuarias, esto permitió visualizar la necesidad de realizar un manual de acompañamiento, debido a que en las Clínicas de Lactancia Materna de la Caja Costarricense del Seguro Social no existe este elemento de apoyo de manera unificada.

De esta manera, se construyó un manual que contempla las necesidades de la población en el proceso de lactancia y que le permite a la madre y a su familia comprender las diversas etapas de la lactancia materna. Además de servir de insumo para guiar el proceso de manera que se eviten complicaciones a futuro que puedan afectar a la madre o al niño o niña y repercutir en la dinámica económica, social, ambiental y de salud del país.

Este proyecto se considera de gran relevancia tanto para el aporte científico como para el ejercicio profesional de la Enfermería y demás profesionales del área de salud. Como bien se sabe, el cuidado integral de las personas, familias y grupos es el objeto de estudio de Enfermería. De Arco y Suárez (2018) explican que las labores de cada uno de los enfermeros y las enfermeras deben contar con conocimientos, juicio crítico, habilidades, competencias, características y atributos para poder desempeñarse. La enfermería abarca diferentes roles profesionales como el ejercicio en el ámbito hospitalario y comunitario, la

docencia y la investigación. De manera directa, este insumo, como lo es el manual educativo, permea todos estos roles permitiendo que sea utilizado para facilitar cada uno de estos procesos de manera satisfactoria.

Para realizar este proyecto se trabajó con la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, de manera que se pudo validar su efectividad en las etapas que anteceden a la lactancia materna y que continúan a lo largo de aproximadamente seis meses luego del parto. Esto se realizará por medio de un estudio de mercado y la implementación de técnicas como lo son las sesiones de grupo, la observación y las entrevistas a expertos, además de la evaluación presente en cada una de las etapas.

Se abordarán dos momentos de la dinámica de Lactancia Materna, los cuales son: el periodo prenatal y el periodo postnatal. En cuanto a la selección de la información que será colocada en el manual se explicarán los fundamentos de temas como lo son: la preparación para la lactancia materna durante el embarazo, los beneficios personales, sociales, ambientales y de salud de amamantar, qué es y cuáles son los tipos de leche materna, las variedades anatómicas y visuales de los pezones y mamas, la preparación y cuidados de los pezones y las mamas para el proceso de lactancia, cómo ocurre el proceso de formación de la leche materna a nivel fisiológico y psicológico, mitos y realidades de la lactancia materna, la importancia del contacto piel con piel inmediato y prolongado, y la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido.

También, se incluirá información sobre cómo debe ser la práctica de lactancia materna en los primeros días de vida del recién nacido (amamantar a libre demanda, evitar la administración de otras soluciones líquidas que no sean leche, no dar biberones al niño o

la niña, etc), cuál es el significado de la alimentación a libre demanda, cómo se puede producir la cantidad suficiente de leche materna, cuál es el tiempo requerido para la lactancia materna en cada toma, cuáles son las posiciones que existen para amamantar más fácilmente, cómo corroborar que existe un correcto acople del niño o la niña al pecho materno, cómo se puede evaluar la correcta ingesta de leche en el o la lactante, cómo evitar complicaciones para la madre y el niño o la niña al amamantar y qué se debe hacer si ocurren, cuál es el periodo de lactancia materna exclusiva y cuándo se debe iniciar el proceso de ablactación.

Además, se abordará cómo se realiza la extracción de la leche materna, la duración, la conservación y el almacenamiento de la leche materna, el manejo y administración de la leche materna, el uso de medicamentos durante el periodo de lactancia, qué derechos existen a favor de la lactancia materna, entre otros. Por esta razón, se realizó una revisión y selección cuidadosa de la literatura más actualizada en el tema para enriquecer de manera teórica el manual, además del aporte de mujeres, padres y encargados de niños y niñas que asistieron a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, así como de expertos del área de salud.

1.2. Justificación

En el 2016, un estudio publicado por la revista *The Lancet* de los autores Victora et. al., que analiza la situación de lactancia materna en el mundo a partir de marcadores económicos de inequidades entre diferentes países, indicó que, a nivel global, en regiones como África subsahariana, el sur de Asia y partes de América Latina la prevalencia de la lactancia materna hasta los 12 meses de edad de los niños y niñas tiende a ser mayor en

comparación con regiones que poseen un alto ingreso económico. Sin embargo, también se evidenció que en los países con mayor ingreso económico se ha notado un crecimiento exponencial en cuanto a las estadísticas de niños y niñas que reciben lactancia materna exclusiva, mientras que en los países con menos ingresos, no ha habido un crecimiento marcado respecto a esos datos.

Además, una evidente diferencia radica en que, en los países más pobres, el tiempo de amamantamiento es más prolongado que en los países de ingresos medios y altos. Por otro lado, se explica que las mujeres que registran un mayor ingreso económico y educación, amamantan más comúnmente que aquellas mujeres que tienen ingresos más bajos y menor educación formal (Victora et al., 2016). Es por este motivo que el promover la lactancia materna a nivel nacional e internacional representa una necesidad en la que los profesionales en salud deben colaborar. Cabe mencionar que, Gutiérrez y Marín (2017), indican que “[...] en otros estudios que se han realizado en el tema de lactancia materna y maternidad, señalan que el apoyo familiar y el asesoramiento brindado por las instituciones de salud son esenciales para que la práctica de lactancia materna sea exitosa [...]” (p.15).

En Costa Rica, según el análisis publicado por la UNICEF en un informe elaborado en el año 2010 y basado en los datos que determinó la Encuesta Nacional de Hogares publicada por el INEC, se determinó que el total de registros obtenidos en dicha encuesta fue de 41 184, de los cuales 1 655 corresponde a los niños menores de tres años. Esa muestra es en la que se basa el análisis sobre la situación de lactancia materna en el país (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, 2011).

Según esos resultados, el 97,29% de los niños y niñas recibieron lactancia materna en edades de los 0 a los 35 meses. También se sabe que el 21,8% de los niños y niñas recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. Según estos resultados, la edad de inicio de la ablactación es en promedio aproximadamente a los 8 meses de edad. Por otro lado, del total de niños y niñas que integran la muestra, se cuenta con el porcentaje de 84,3% del cual se pudo saber si los niños y niñas recibieron calostro durante las primeras semanas de vida. De ese 84,3%, aproximadamente un 4,74% no tuvo acceso a recibir calostro (UNICEF, 2011).

Lo que sugiere que a pesar de que la leche materna es seleccionada por muchas familias costarricenses, para alimentar a sus hijos e hijas, este requiere de mayores esfuerzos por parte de los profesionales en salud en los espacios hospitalarios y comunitarios, para promoverse desde los primeros días de vida y de manera prolongada y exclusiva. Esto debido a que la misma posee múltiples beneficios para el recién nacido, la madre, la sociedad y el medio ambiente, tanto a corto como a largo plazo.

En relación a los efectos positivos de la lactancia materna a corto plazo en los lactantes, Victora et al. (2016), comenta que brinda una efectiva protección contra el riesgo de muerte, en comparación con aquellos infantes que no recibieron leche materna y en quienes el riesgo de mortalidad aumenta significativamente. También, se evidencia que la lactancia materna reduce en gran porcentaje la muerte súbita infantil, así como enfermedades como enterocolitis necrotizante, diarrea e infecciones respiratorias. Al respecto, Brahma y Valdés (2017) indican que “la lactancia materna puede prevenir un 13%

de la mortalidad infantil en el mundo, y disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante en un 36%” (p.7).

En relación a los efectos a largo plazo en los niños y niñas que reciben lactancia materna, se visualiza un resultado positivo en la reducción de sobrepeso y obesidad relacionado con un mayor tiempo de amamantamiento. Además, se denota que los niños y niñas que reciben lactancia materna, a largo plazo evitan en gran porcentaje la incidencia de diabetes tipo 2 y se ha observado cierta protección contra diabetes tipo 1. En adición, su consumo a la postre genera también resultados más altos en pruebas de coeficientes intelectuales e inteligencia. Por último, se ha asociado la lactancia materna con una reducción en la incidencia de leucemia infantil (Victora et al, 2016).

En cuanto a las madres, se han notado ciertos beneficios de la lactancia materna que son importantes, como, por ejemplo, el hecho de que, a mayor tiempo de lactancia durante la vida, se reduce considerablemente el riesgo de padecer cáncer de mama, sobre todo la incidencia de un cáncer invasivo. De la misma forma, se disminuye el riesgo de padecer cáncer de ovarios. Además de esto, se ha comprobado que la lactancia reduce la aparición de padecimientos como la depresión postparto. Sin embargo, es importante aclarar que cuando la madre ya tiene depresión postparto, en ese caso sí es común que afecte la lactancia (Victora et al., 2016).

Brahma y Valdés (2017) explican que brindar lactancia materna a los niños y las niñas, supone un beneficio económico para la sociedad, pues existe un ahorro por una disminución del gasto del estado en fórmulas lácteas, un menor costo neto de los alimentos

familiares, y menores costos generales en el cuidado de la salud. En concreto se dice que, tomando como referencia Estados Unidos, “si se alcanzaran tasas de un 75% de lactancia materna al alta hospitalaria y de un 50% de las diadas a los 6 meses post parto, se podrían ahorrar U\$3,6 mil millones, tomando como referencia valores del año 1998 [...] (p.11)”, también, si el “90% de las madres norteamericanas amamantarán de forma exclusiva por al menos 6 meses a sus hijos, se ahorrarían U\$13 mil millones cada año” (p.11) y esto sin incluir todo el conglomerado de patologías asociadas.

Adicionalmente, otro estudio norteamericano valorado por estos mismos autores, arroja que “[...] la lactancia materna subóptima implica un costo total para la sociedad de U\$ 17,4 mil millones por muertes prematuras, U\$733.7 millones en costos directos, y U\$126.1 millones por morbilidad indirecta” (Brahma y Valdés, 2017, p.11). Una evaluación inglesa de impacto económico determinó que “[...] si todos los lactantes de pretérmino nacidos el 2013 hubiesen sido alimentados con lactancia materna, el sistema de salud hubiese ahorrado un estimado de £46,7 millones (£30,1 millones durante el primer año) y hubiese ganado un total de 10,594 de años de vida ajustados por calidad por mejorías en salud” (Brahma y Valdés, 2017, p.11).

En relación con el medio ambiente, Brahma y Valdés (2017) destacan que el uso de fórmulas lácteas puede afectarlo, ya que las mismas “[...] dejan una huella de carbono, requieren energía para su manufactura, material, empaquetamiento y transporte, y además necesitan agua, combustible y distintos detergentes para su preparación diaria” (p.11). Sin embargo, la leche materna es clasificada como un “[...] alimento natural y renovable,

medioambientalmente amigable y seguro, el cual es producido y entregado directamente al consumidor sin contaminación, empaque o basura asociada” (p.11).

Por las cuestiones referidas en los párrafos anteriores y dado que recientemente algunos autores han comentado que la lactancia materna se ha vuelto un tema de interés, porque posee múltiples beneficios en todas las esferas de la vida diaria y para todos los actores sociales vinculados a este proceso, se debe velar por la promoción y el cumplimiento cabal de esta práctica.

En el éxito o fracaso de la misma, existen diversos factores determinantes, entre los cuales se ha identificado que el entorno en el cual se desenvuelven la madre, niño o niña y los demás integrantes de la familia, es uno de los más importantes. (Martínez, Rangel y Rodríguez, 2017; Becerra, Rocha, Fonseca y Bermúdez, 2015). De esta forma se recalca la importancia de incorporar en el proceso de educación continua a la familia y los encargados para que comprendan los elementos que engloba la lactancia materna, como se propone en el manual educativo realizado.

Con respecto a esto, se destaca la importancia de migrar de un escenario donde únicamente son protagonistas la madre y la persona recién nacida, a uno en el cual la pareja (si la hay, o en su lugar, familiares cercanos) puedan interactuar y ejercer su rol de una manera sana, fortaleciendo los vínculos afectivos que se generan y ejerciendo su paternidad de manera responsable. En este tema, se realizó en México una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico y desde una perspectiva de género por los autores Martínez, Rangel y Rodríguez en el 2017, dirigida a 10 parejas en total, con hijos menores a 6 meses

de edad, con el objetivo de analizar las experiencias, las adaptaciones en los roles, cuerpos y cotidianidades que viven las madres y los padres frente al proceso de lactancia materna.

Los autores mencionan que es evidente el hecho de que, sin contar con un apoyo, la lactancia materna se vuelve una práctica absorbente, agotadora e insostenible. Además, en muchos casos, estos sentimientos y los episodios donde ellas manifiestan dolor, incomodidad, angustia, entre otros, son muchas veces invisibilizados por sus compañeros, creyendo que el dolor y el sacrificio son inherentes al proceso de lactancia y característicos de una “maternidad efectiva”, lo que representa una amenaza, pues algunas mujeres ante este panorama optan por abandonar la lactancia de forma temprana (Martínez, Rangel y Rodríguez, 2017).

Becerra, Rocha, Fonseca y Bermúdez (2015), en su investigación discuten que el entorno familiar puede ser un factor tanto positivo, como negativo. Se menciona que el papel del padre del niño o niña es fundamental y es recomendable que esté presente desde el momento del embarazo, para que pueda tener preparación y educación con respecto a muchos temas, pero de manera especial en cuanto a la importancia de la lactancia materna. Además, la figura presente del padre puede representar para la madre un estímulo positivo, brindándole fuerza y seguridad durante el proceso.

Martínez, Rangel y Rodríguez (2017), recalcan que es trascendental incluir al hombre en la relación filial, es decir, que deje de ser una díada y se convierta en una tríada: madre-hijo(a)-padre. De esta forma se fortalece en gran medida el vínculo que existe entre padres e hijos, pero, además, se distribuirán las tareas domésticas y de cuidados con el fin

de ampliar la participación conjunta, ayudando a que la lactancia resulte efectiva y positiva para todas las partes.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible propuesta por la ONU, establece 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), dentro de la misma se establece el número tres denominado “salud y bienestar”, que procura garantizar una vida sana y promueve el bienestar de todos a todas las edades, lo que se puede fomentar a través de la promoción de la lactancia materna. Este escrito invita a todos los países a “apropiarse de esta ambiciosa agenda, a debatirla y a utilizarla como una herramienta para la creación de sociedades inclusivas y justas, al servicio de las personas de hoy y de futuras generaciones (Organización de las Naciones Unidas ONU, 2018, p.5).

La importancia de la lactancia materna trasciende el ámbito individual y es por esto que se establecen políticas públicas que la protegen y la promueven, de manera que cada uno de los profesionales deben aportar mediante acciones e insumos y desde su campo de estudio elementos acordes a este valioso alimento. En Costa Rica, existe la Ley 7430 de Fomento de la Lactancia Materna, promulgada en el año 1994, que tiene como objetivo:

Fomentar la nutrición segura y suficiente para los lactantes, mediante la educación de la familia y la protección de la lactancia materna. Para ello se dará el apoyo específico a los programas y las actividades que la promuevan y se regulará la publicidad y la distribución de los sucedáneos de la leche materna, de los alimentos complementarios, cuando se comercialicen como tales, y de los utensilios conexos (Ley 7430, 1994, s.p.).

En esta ley, se crea también la Comisión Nacional de Lactancia Materna, encargada de que se promueva, proteja y promulgue la lactancia, así como apoyar mediante prácticas asistenciales a las madres que inician o continúan el proceso y a aquellas que se encuentran inmersas en el ámbito laboral.

Sumado a la Ley 7430, se encuentra otra legislación que respalda la lactancia materna en Costa Rica, como lo son la ley General de Salud (N°5395), la Política Pública de Lactancia Materna, el Código de Trabajo, el Código de Niñez y Adolescencia (N°7739), la Ley General de Protección a la Madre Adolescente (N°7735), así como la Normativa de Relaciones Laborales de la CCSS. (Chávez, s.f.). En el caso de la Política Pública de Lactancia Materna de Costa Rica, ésta tiene como objetivo:

Maximizar la salud integral de las madres, niñas y niños, jóvenes, familias y población en general, sustentados en directrices internacionales. [Establece también que] El amamantamiento es la norma biológica que debe orientar la alimentación del niño y de la niña, por lo que las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios a la niñez, deben garantizar las condiciones necesarias para que este grupo poblacional sea alimentado con lactancia materna, de manera exclusiva hasta los seis meses de edad y de forma complementaria hasta los dos años o más, con alimentos saludables, autóctonos y producidos en su comunidad (Cháves, s.f., p.1).

Gracias a esta política, se han establecido mejores condiciones laborales para las madres que trabajan y están en periodo de lactancia, de manera que puedan gozar de

beneficios que les permita cumplir su horario de lactancia materna, sin que eso afecte su trabajo y la remuneración que reciben por el mismo. De esta manera, con base en la legislación anterior, se creó el Decreto N°41080 MTSS-S denominado “Condiciones para las salas de lactancia materna en centros de trabajo: Reglamento de condiciones para las salas de lactancia materna en los centros de trabajo”, que establece para las instituciones tanto públicas como privadas, las pautas a seguir para la instalación y funcionamiento de espacios exclusivos para la extracción y almacenamiento de leche materna, diseñadas especialmente para las mujeres en periodo de lactancia (Decreto ejecutivo N°41080, 2018).

Conociendo la legislación y políticas nacionales respecto al tema, se puede evidenciar que los profesionales en salud, sobre todo el profesional en enfermería, pues es quien tiene mayor contacto con los usuarios de un servicio tanto público como privado, tienen en sus manos la capacidad de captar y orientar a las madres, embarazadas, mujeres en periodo de lactancia, así como sus familias y el resto de la población, para sensibilizar a las personas respecto al tema y su importancia.

Con respecto a esto, es importante destacar la existencia las Clínicas de Lactancia Materna en el país, ya que es el lugar central y en el que mayoritariamente se desarrollará el presente proyecto es en una de ellas. Además, por lo que a continuación se detalla lo siguiente:

En Costa Rica existen 11 hospitales acreditados como amigos de la madre, la niña y el niño y el resto están en proceso de certificación por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (OPS/OMS, 2015, párrafo 4).

De acuerdo con la sección del Área de Atención Integral a las Personas, Salud el Niño y la Niña, en una consulta realizada vía correo electrónico, para finales del año 2019 existen actualmente 26 Clínicas de Lactancia Materna distribuidas a lo largo del territorio nacional, de las cuales 25 se encuentran en funcionamiento. Estos centros están coordinados por profesionales en Enfermería con acompañamiento de un profesional en Medicina.

Según, la Iniciativa Mundial sobre la Tendencia de la Lactancia Materna (WBTi), mediante la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño del 2019, se le otorgó a Costa Rica una puntuación de 89 de 150. En cuanto a programas, políticas y prácticas el país obtuvo un 3 de 10 en aspectos como lo son el apoyo informativo, la duración mediana de la lactancia materna y la alimentación con biberón. Además, de un 3.5 de 10 en el elemento que corresponde a la alimentación infantil durante emergencias (OMS/IBFAN, 2019).

Cabe mencionar que, obtuvo un 4 de 10 en alimentación infantil y VIH y 4.5 de 10 en cuidado infantil amigable e iniciativa Hospital Amigo de la Niña y el Niño. Adicionalmente, obtuvo un 6 de 10 en aspectos como lo son las políticas, programas y coordinación nacional, protección de la maternidad, sistemas de atención en salud y nutrición y lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses (OMS/IBFAN, 2019).

Estos datos sugieren que existe una necesidad de reforzar el apoyo informativo y la lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa. Es por esto que se destaca la relevancia

que tiene la elaboración de este manual para la disciplina de enfermería. Vinculado a esto Murez, Mojica y Tierra (2016) refieren que el objetivo principal que debe tener el papel de la enfermera o el enfermero en cuanto al tema de lactancia materna es “reforzar la elección de lactar, y capacitar a la madre para ser autónoma y poder resolver los pequeños problemas que la lactancia le va a plantear” (s.p.). Parte de la intervención permitir que la madre realice una elección informada y documentada, además de establecer, en conjunto, planes de atención individualizados que les ayuden a sobrellevar estos procesos.

Aunado a lo anteriormente expuesto, Gallardo, García, Lujano, Pifano y Alejos (2017) mencionan que cuando se habla de promoción y apoyo de la lactancia materna, las y los enfermeras y enfermeros “asumen un papel normalizador y regulador de las prácticas de amamantamiento materno, siendo consideradas autoridades para el establecimiento del estándar de alimentación” (p.35). De esta manera, se hace hincapié en la influencia positiva que puede tener el profesional de enfermería en las intervenciones que realice, por esta razón, Murez, Mojica y Tierra (2016) consideran que “[...] estos profesionales, deben ser conscientes de la necesidad de mantener actualizada la formación sobre LM y participar activamente en el apoyo y promoción de ésta” (s.p).

La importancia que tiene el tema y la elaboración del presente manual educativo para la enfermería como disciplina, está ligada a la responsabilidad que tienen como prestadores de servicios de salud, ya que los esfuerzos y políticas que provienen desde los diversos organismos nacionales e internacionales para el fomento, protección y apoyo de la lactancia materna, necesitan del compromiso y la actuación de los equipos de salud en todos los escenarios. Debido a esto, se dice que:

El profesional de enfermería debe desarrollar prácticas para apoyar y proteger la lactancia materna exclusiva y de esta forma lograr que las madres egresen del centro hospitalario sensibilizado con el amamantamiento para evitar que las dudas e inquietudes puedan repercutir en desistir de lactancia materna exclusiva (Gallardo, García, Lujano, Pifano y Alejos, 2017, p.35).

Con base en lo expuesto, los y las profesionales en enfermería tienen también la tarea de darle continuidad a la atención humanizada y de calidad a la madre a lo largo del proceso prenatal y postnatal ligado a la lactancia materna, ya que, desde esos momentos hay elementos que deben ser abordados ampliamente. Vasconcelos, Fernandes, Santos y Mendes de Araújo (2014) mencionan que esta calidad en la atención debe incluir la resolución de problemas detectados, la satisfacción de los individuos y el reconocimiento, la reivindicación de sus derechos y la promoción del autocuidado.

Específicamente, refiriéndose a la disciplina de enfermería, la implementación de la consulta de enfermería a las gestantes tiene también como finalidades la reducción de la morbimortalidad materna e infantil, el aumento de la cobertura en los servicios prenatales, el incentivo a la lactancia, el aumento de la cobertura de vacunas y la gestión del servicio de salud a las mujeres, garantizando el acceso, la acogida, equidad y resolutiveidad (Vasconcelos et al., 2014).

Esta investigación surge a partir del reto que enfrentan los y las enfermeros y enfermeras todos los días en la consulta de lactancia materna, sea en la clínica o en el servicio de “maternidad”, con respecto a la asistencia, consejería, educación, cuidados y

acompañamiento que deben brindar a las familias en proceso de lactancia, que implica el embarazo y los cambios en relación a la preparación para la lactancia y las situaciones asociadas que ocurren después del parto. Pues existen aún muchos mitos y creencias que deben ser aclarados, para que esto ayude a las mujeres y sus familias a tomar decisiones informadas sobre la lactancia. Vasconcelos et al., (2014) destacan que la labor enfermera tiene que acompañarse de un diálogo franco, escucha activa, sensibilidad, capacidad de percepción y humanismo.

Si desde la educación se fomenta una lactancia materna efectiva y eficaz, se previenen complicaciones tanto para el lactante como para la madre, e incidiendo indirectamente en la sociedad y se brindan estrategias para solución de las mismas. Por lo que, elaborar un instrumento que contenga la información necesaria y que pueda estar al alcance de las personas, es una necesidad importante de resolver para mejorar la calidad de vida de las mismas, además, de indicarles cuándo deben acceder a los servicios de salud en caso necesario.

1.3. Antecedentes nacionales e internacionales

1.3.1 Antecedentes internacionales.

En México, se elaboró un documento llamado “Consejos para una Lactancia Materna Exitosa” del año 2017, este escrito está dirigido madres, padres y familia. En este se desarrollan ocho temas, estos a grandes rasgos son, el desarrollo del bebé en el primer año, el apego, la lactancia, la familia y la sociedad, la lactancia materna exclusiva, las

técnicas de succión, las situaciones especiales, las técnicas de extracción de leche y mitos y realidades en torno al tema.

En relación al primer tema a tratar se consideran los cambios más notables el desarrollo del niño y niña en los periodos de 0 a 3 meses, de 3 a 6 meses y de 7 a 12 meses de edad. En el segundo tema, se abarca el significado del apego y su funcionamiento, además, de cómo fomentar un vínculo sano con el niño o la niña. El tercer tema, se compone de aspectos como lo son los cambios que se generan el hogar cuando llega un nuevo integrante y las responsabilidades de cada uno de los miembros de la familia. En el cuarto tema, se explica que es la lactancia materna exclusiva, los beneficios para el lactante, la madre y el medio ambiente que se adquieren a través de su práctica, la razón de por qué no es aconsejable el uso de biberón o mamila y cuáles son las ventajas y desventajas del uso de fórmulas infantiles y la leche materna en el proceso de alimentación. Para el quinto tema, se exponen las técnicas de succión, tomando en cuenta, el correcto agarre, la postura y las posiciones para amamantar.

En lo referente a sexto tema se desarrollan aspectos relevantes para sobrellevar situaciones como lo son la lactancia tándem y la lactancia en gemelos. En el séptimo tema, se explica cuál es la técnica correcta de extracción y conservación de la leche materna. Por último, y como octavo tema, se explican los mitos y realidades frente a situaciones comunes que pueden suceder en este periodo de lactancia, como lo son la cantidad insuficiente de leche, el uso de otros líquidos junto a la leche materna, la calidad y composición de la leche materna, cuestionamientos frente a la dependencia que se cree que causa la lactancia, entre otros.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en alianza con la Sociedad Colombiana de Pediatría, con el aval técnico de las Direcciones de Nutrición y Primera Infancia del ICBF, realizó un documento titulado “Empezar una nueva vida: cómo cuidarse durante el posparto” (2016) este se divide en cinco secciones principales, estas son las siguientes, empezar una nueva vida, volver a valerse por sí misma, lactancia: el mayor acto de amor, cuidar al nuevo miembro de la familia y así fue mi llegada al planeta.

La sección denominada, empezar una nueva vida, se abarcan un conglomerado de temáticas ligadas a la recuperación de la madre, como, por ejemplo, los cambios físicos y psicológicos (sangrados, loquios, cólicos, cansancio, molestias, estreñimiento, estrías, caída del cabello, dificultad para miccionar, acumulación de leche materna en los senos, depresión entre otras) que se generan en la mujer en el puerperio. En la segunda sección, que corresponde a volver a valerse por sí misma, se explica cómo se debe retomar la vida rápidamente y convertirse en una buena madre, de esta manera se exponen elementos como lo son el establecimiento del patrón de sueño de la madre y el niño, el fortalecimiento del vínculo de la madre, por medio del hablar, el canto y el cariño, la importancia de realizar ejercicio y pasar tiempo con la pareja y la colaboración del padre en la crianza del niño o la niña.

La tercera sección, titulada, lactancia: el mayor acto de amor, está compuesta por elementos como la importancia y los beneficios de la leche materna, la manera en que se produce la leche en el cuerpo humano sin importar el tamaño de los senos de la mujer, la extracción y conservación de la misma, las posiciones en la que una madre puede darle pecho a su hijo o hija, las pautas generales para una lactancia materna exitosa, las señales

para saber si el niño o la niña tiene hambre, dificultades en la madre (pechos congestionados, dolor y grietas en los pezones, mastitis) y en el bebé (cólicos, diarrea) y los derechos laborales de la madre durante este periodo.

En la cuarta sección, cuidar al nuevo miembro de la familia, se anotan aspectos ligados a cómo generar las condiciones para que el bebé o tenga un desarrollo saludable y fortalecerlo emocionalmente, esto incluye, las horas de visita, el amor y el cobijo, el primer baño, el ciclo de sueño, elementos básicos de una buena crianza, la alimentación. Finalmente, en la última sección, se coloca un registro de los primeros meses de vida y del esquema de vacunación, para que los padres y encargados puedan irlo completando conforme su hijo o hija va creciendo.

El manual de lactancia materna realizado en Ecuador por la UNICEF (2012) tiene como principal objetivo que las madres y los padres conozcan elementos básicos sobre lactancia materna y que sean entes de difusión de la información que este documento alberga. Se debe recalcar que para la UNICEF la lactancia materna es un vehículo para mantener la nutrición balanceada del niño o la niña, pero es un medio para fortalecer el vínculo de amor, seguridad, placer y compañía entre la díada madre y lactante. Este apoyo para las madres en proceso de lactancia materna, se divide en cuatro secciones las cuales son: la leche de la madre es la mejor, qué hacer para amamantar bien, consejos para tratar las dificultades y comidas para después de los 6 meses.

En lo que respecta a la primera sección, se abordan aspectos como lo son: las ventajas que tiene la lactancia materna para el niño, la madre, la familia y el país. La

segunda sección engloba lo siguiente: elementos anatómicos del pecho, cómo se produce la leche, qué pasa cuando el niño o la niña mama bien y cuando no mama bien, cuál es la importancia de que apenas el niño o la niña nacen deben iniciar con el proceso de lactancia, cómo colocar al niño o la niña al pecho, cuáles son las posiciones para amamantar adecuadamente, cuándo y por cuánto tiempo hay que darle de mamar el niño o la niña, qué hacer si el niño o la niña se duerme o suelta el pecho rápidamente, por qué debe dársele al niño o la niña sólo pecho y nada más, cómo producir suficiente cantidad de leche y cómo proteger la lactancia materna.

La tercera sección trata los siguientes puntos: dificultades de la madre en el proceso de lactancia materna (pechos congestionados, dolor y grietas en los pezones, moniliasis, ductos obstruidos, mastitis o infección del pecho, leche insuficiente, problemas con la bajada de leche, si la madre está enferma, fue sometida a una cesárea o tiene gemelos), dificultades del niño o la niña (cólicos, diarrea, gripe o catarro, infecciones respiratorias agudas, rechazo del pecho) y qué hacer cuando la madre y el niño o la niña se separan (ordeñarse). Finalmente, la cuarta sección contiene: la alimentación de los niños y las niñas en los primeros dos años, las precauciones de limpieza asociadas a la nutrición que hay que tomar en cuenta para evitar diarreas y otras enfermedades, cómo comenzar a darle las primeras comidas al niño o la niña luego de darle lactancia materna, algunas recetas nutritivas para niños y niñas de seis a nueve meses, qué cantidades, qué consistencia y con qué frecuencia debe dársele de comer el niño o la niña, qué alimentos pueden comer los niños y las niñas de seis a doce meses, comidas para niños y niñas entre uno y dos años de edad y la alimentación cuando el niño o niña enferma.

Flores y Solano (2017) publicaron desde el Ministerio de Salud de Perú un documento llamado “Guía técnica de implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa”, cuyo objetivo radica en incentivar a los profesionales en salud, con el respaldo de una normativa técnica adecuadamente fundamentada, para la formación de grupos de apoyo comunales como estrategia para promover y proteger la lactancia materna exitosa, esto con el fin de disminuir la desnutrición crónico-infantil.

En este proyecto, participan mujeres gestantes, mujeres que han dado o están dando lactancia materna, así como mujeres con niños o niñas menores a 2 años de edad. Se organizan grupos de apoyo no mayores a 15 integrantes, también se incluye la participación de los padres y otros familiares interesados, siendo cada grupo lo más homogéneo posible, mismo que va a estar liderado por una persona de la comunidad de quien se espera que, entre otras características, haya tenido una experiencia positiva en lactancia materna y que cumpla con el rol de “madre guía”.

Para esto, los profesionales de salud encargados, deben brindar una capacitación inicial a estas “madres guía” con el fin de que ellas puedan dirigir al grupo y organizar las reuniones, siguiendo una estructura determinada, en la cual uno de los puntos más importantes es la discusión en grupo de los contenidos que se desarrollen en ese encuentro. Con respecto a esto, los temas centrales en los que se basan son: lactancia materna y embarazo, lactancia materna y el recién nacido, lactancia materna y el niño(a) menor de 6 meses, lactancia materna y el niño(a) de 6 a 24 meses, estos sumados a la búsqueda de ideas para promover la lactancia materna en la comunidad. Es importante resaltar, que este

programa hace uso de diferentes tecnologías de información y comunicación de modo que, según las posibilidades de cada población, puedan estar en un contacto más cercano para favorecer el intercambio de información veraz y de manera más rápida.

En Uruguay, se construyó un texto llamado “Guía completa para el cuidado del recién nacido: 0 a 3 meses” (UNICEF Uruguay, 2012) en este existen cuatro subtemas, los cuales son, después del parto, en casa con el bebé, el cuidado del bebé y el crecimiento del bebé, que se desarrollan a lo largo de esta guía.

De esta forma, dentro del subtema después del parto, se desarrolla la anatomía y detalles de interés del niño o la niña (tamaño, cabeza, cabello, manos, pies, ojos, cordón umbilical, genitales), cambios en el cuerpo de la madre (calostro, bajada de la leche, higiene, útero, loquios, entuertos) y el amamantamiento (posiciones, frecuencia y duración de las tomas, producción de un buen flujo de leche, beneficios de la leche materna, la participación del padre, cómo comprobar una correcta lactancia, complicaciones y medidas para aliviarlas, el trabajo y la lactancia, preguntas frecuentes, entre otros).

En cuanto al subtema de en casa con el bebé, se anotan los primeros cuidados del bebé (ombligo, aseo del bebé, primer baño, temperatura, ambiente, deposiciones), la recuperación de la mamá (menstruación, peso, alimentación, hemorroides, incontinencia, estreñimiento, actividad física, herida y puntos, descanso, colaboración del padre en el hogar, espacio para la comunicación), el aprendizaje que implica ser padres, el conocer al bebé (llanto, gritos, miradas, gestos, ritmos) y la relación con el niño o la niña (apego materno, masajes y caricias).

El cuidado del bebé, engloba elementos como lo son, el bañar y cambiar al bebé paso a paso, las razones por las que el bebé llora (hambre, incomodidad, cólicos, cansancio, aburrimiento, inseguridad, dolor) y hábitos de sueño (duración, frecuencia, posiciones, ambiente). Finalmente, en lo que respecta al crecimiento físico del bebé, se desarrolla ampliamente cuales son las actividades esperadas para su edad y como colaborar con el proceso, los controles médicos requeridos, las vacunas, las tablas de crecimiento, la estimulación temprana y los derechos de los niños y las niñas en este país.

Juez et al. (2010) elaboraron un manual de lactancia materna partiendo de las premisas de que la lactancia materna previene la mortalidad en la niñez, que la leche materna posee múltiples características que la describen como el alimento ideal para el lactante y que la madre debe ser acompañada del personal de salud y su familia, en este proceso de principio a fin, permitiéndole que se desenvuelva en las mejores condiciones personales, familiares y sociales.

Es importante destacar que este manual está dirigido al equipo de salud para que este distribuya lo que se encuentra establecido dentro de este en los servicios de salud, las escuelas, los colegios, las universidades, la comunidad o cualquier instancia que requiera que este tema sea abordado a profundidad. Este texto se divide en siete capítulos los cuales son: marco conceptual cognitivo, anatomía y fisiología de la lactancia, práctica clínica de la lactancia materna, acreditación de instituciones amigas de la madre y del niño y la niña, legislación de la lactancia materna, lactancia materna a nivel internacional y preguntas frecuentes.

Es vital mencionar lo que contienen los primeros tres capítulos. En el primero explica el contexto biológico evolutivo e histórico de la lactancia materna en la supervivencia de las especies, relación entre la lactancia materna y nutrición y desarrollo infantil, nutrición en el embarazo y la lactancia, nutrición de la nodriza, integración de la lactancia materna en la vida personal de la mujer, integración de la lactancia materna en la vida personal de la mujer, apego, lactancia y desarrollo humano y beneficios de la lactancia materna. El segundo consta de los siguientes temas: anatomía de la glándula mamaria, fisiología de la glándula mamaria, anatomía de la boca, fisiología de la succión-deglución, la leche, fluido vivo y cambiante, transmisión de agentes infecciosos a través de la leche materna, lactancia, alcohol, tabaco y drogas ilícitas e información de los bancos de leche materna. El tercer capítulo desarrolla elementos como lo son: apoyo clínico al equipo de salud, técnica para una lactancia materna exitosa, extracción y conservación de la leche materna, lactancia materna en el recién nacido pretérmino, lactario, drogas y lactancia, principales dificultades en la práctica del amamantamiento, clínica de lactancia, lactancia en salas cuna, jardines infantiles y empresas y el destete.

Otro documento que se realizó en Chile, por Prudencio (2016), titulado “Orientaciones técnicas para la atención en clínicas de lactancia materna” aporta mediante evidencia sistematizada y actualizada, elementos para prevenir las dificultades que puede generarse en la mujer y/o su hijo o hija durante el amamantamiento. De esta manera se desglosa en cuatro capítulos, los cuales son, el marco conceptual, la clínica de lactancia materna con un enfoque familiar y comunitario, el diagnóstico y manejo clínico de los principales problemas de lactancia materna y los indicadores de calidad de la Clínica de Lactancia y plan de monitoreo.

El primer capítulo desarrolla aspectos como lo son el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, los beneficios de la lactancia materna, los principales factores vinculados con el éxito y abandono de la lactancia materna y las actitudes y coordinación de los y las profesionales de la salud sobre la temática. En el segundo capítulo se abordan las bases conceptuales de la Clínica de Lactancia con enfoque familiar y comunitario y los estándares de una Clínica de Lactancia (infraestructura, equipamiento, insumos, profesionales, abordaje, higiene, etc).

En lo que concierne al capítulo número tres, se explican los problemas de lactancia de origen materno y su manejo clínico (dolor al amamantar, grietas en el pezón, micosis del pezón, infección bacteriana, congestión mamaria, mastitis, obstrucción de conductos, pezón plano o invertido y depresión postparto), problemas de lactancia relacionados con niño o la niña (reflejo eyecto-lácteo exagerado y cólicos, incremento ponderal insuficiente, reinducción de la lactancia/relactación, inducción de la lactancia, crisis transitoria de lactancia y lactancia en bebés múltiples). En el desarrollo del capítulo cuatro, se trabajan los indicadores de calidad de la atención de clínica de lactancia, los indicadores de monitoreo y seguimiento, y el sistema de monitoreo y seguimiento.

Existe un documento destinado para padres y encargados de niños y niñas, denominado “Libro de controles”, este fue elaborado por la Clínica Alemana (s.f.), en Chile, el mismo posee siete secciones, que son, los cuidados de la madre, los cuidados del recién nacido, la lactancia, el apego, la alimentación y el crecimiento, las vacunas y una serie de consejos generales. De esta forma en lo que concierne a los cuidados de la madre, se incluyen algunos ligados a aspectos como lo son, el baño, la higiene, la alimentación, las

manifestaciones del puerperio (dolor, escalofríos, retención urinaria, loquios, entuertos, etc), el alta hospitalaria y cuándo debe la mujer acudir al médico.

Los cuidados del recién nacido, en este caso se centran en la importancia de buscar profesionales en salud en caso de que se presente una situación, qué aspectos se deben tener presentes a la hora de vestir al niño o niña y como se realiza este procedimiento, el baño y el aseo cordón umbilical, el corte de las uñas, el cambio de pañal y el sueño. En el apartado de la lactancia, se desarrollan los subtemas, como lo son, las ventajas de la misma para la madre y el niño, la frecuencia de las tomas de leche, la técnica de amamantamiento, la extracción y almacenamiento de la leche, recomendaciones nutricionales en el periodo de la lactancia, los problemas frecuentes que pueden presentarse (congestión mamaria, mastitis y pezón con úlceras o fisuras).

Respecto al apego, se trataban cuestiones como cuál debe ser el ideal y qué otros existen y cómo se debe consolar al niño o la niña. La alimentación y el crecimiento radica en cómo debe ser la ablactación, la estimulación neuromotora, el desarrollo psicomotor, posee las tablas de crecimiento para ambos sexos, de manera que la madre, el padre y los encargados, puedan conocer el mismo y la dentición. La sección de vacunas se compone del programa nacional de vacunación y recomendaciones generales para seguir luego de aplicada la inmunización. Los consejos, que se ofrecen, al final del texto, tiene que ver con la seguridad en el automóvil, la apnea, la ictericia, la fiebre, la diarrea y la tos.

Strain, Orchard y Fuentealba (2017) crearon un manual titulado “Acompañando tu lactancia” este es una herramienta educativa para el apoyo y acompañamiento profesional a

las madres, futuras madres y sus familias. El mismo se divide en seis partes, las cuales son: gestación y lactancia, lactancia y parto, práctica de lactancia, crianza respetuosa y lactancia, lactancia en situaciones especiales y lactancia, salud y protección de la mujer.

Cada una de estas posee subtemas, en lo referente a la gestación y la lactancia, se incluye, la preparación para la lactancia durante el embarazo, los beneficios de la lactancia y riesgos de no amamantar, la leche materna, fluido vivo y cambiante, los pezones y lactancia materna, la glándula mamaria y lactancia y la producción de leche materna; la lactancia y el parto, se compone de el impacto del parto en una lactancia exitosa, la primera hora de vida y contacto piel con piel y la estadía en la maternidad y su impacto en una lactancia exitosa. La práctica de lactancia se divide en, amamantar a libre demanda, tiempo requerido para amamantar, posiciones para amamantar, un correcto acople al pecho, incrementos de peso esperados, ¿cómo evaluar una adecuada ingesta de leche en el niño(a)?, cambios en los patrones de alimentación: crisis, huelgas de lactancia y alimentación en bloque y dolor al amamantar.

Por otra parte, la crianza respetuosa y lactancia está conformada por la lactancia y cultura, el sueño infantil y lactancia, la lactancia y regulación del stress, la extensión de la lactancia, la lactancia durante el embarazo y cuando hay más de un niño/a y el destete respetuoso. La lactancia en situaciones especiales explica la salud del niño, la discapacidad y lactancia, la separación de la diada y mantención de la lactancia materna, la extracción manual de leche materna, el uso de extractores de leche, la duración y conservación de la leche materna y el manejo y administración de la leche materna extraída. Finalmente, la lactancia, salud y protección de la mujer, se compone de, la nutrición materna y lactancia,

los medicamentos y lactancia materna, la salud mental y autocuidado materno, la sexualidad y lactancia materna, el rol de la figura paterna en el proceso de lactancia y las leyes que protegen la lactancia materna.

El Gobierno de la Rioja creó un documento llamado “La lactancia materna: información para amamantar” (2015) en este se exponen aspectos como lo son las ventajas de la leche materna, cómo amamantar con éxito, algunos problemas que se pueden presentar en este proceso y cómo solucionarlos, cuidados de la madre y como seguir alimentando con leche materna al niño o la niña una vez que se ingresa al trabajo. En cada una de estos subtemas se explican elementos como la composición de la leche materna, el establecimiento de la lactancia materna a demanda, las diversas técnicas para dar lactancia materna, la duración de cada toma, la relactación, la lactancia inducida o adoptiva, las grietas en el pezón, la ingurgitación mamaria, la mastitis, la higiene antes de dar lactancia materna, la alimentación segura y equilibrada y la actividad física en la madre, la higiene bucodental de la madre, los medicamentos y los anticonceptivos en periodo de lactancia, el tabaco, el alcohol y las drogas en la lactancia, el cuidado en el suelo pélvico, la prevención de los accidente, los métodos de extracción, conservación, transporte y uso de la leche materna, entre otros aspectos.

Aguayo et al. (2000) crearon un texto titulado “Lactancia Materna: Guía para profesionales”, en la cual se anotan y exponen detalladamente aspectos de la lactancia materna en áreas como la historia, la epidemiología, la fisiología, entre otros. Dentro de los aspectos teóricos que contiene el texto se encuentran, aspectos históricos de la alimentación al seno materno, aspectos antropológicos en la práctica de amamantamiento, epidemiología

de la lactancia materna, lactogénesis, composición de la leche humana, inconvenientes de la lactancia artificial, duración recomendada de la lactancia materna, lactancia materna en recién nacidos pretérminos, contraindicaciones y falsas contraindicaciones para la lactancia materna, ventajas de la lactancia materna para la madre, los diez pasos de la OMS y la UNICEF para favorecer la lactancia materna, formas de promoción de la lactancia materna, importancia de los grupos de apoyo, crecimiento de los lactantes amamantados, habilidades de comunicación en la lactancia materna.

En lo que concierne a los aspectos prácticos se desarrollan elementos como lo son: los inicios de la lactancia en la maternidad, incluyendo recomendaciones de la OMS y UNICEF, información y preparación durante el parto, el contacto precoz como una conducta a realizar inmediata al nacimiento, lactancia a demanda, duración de las tomas, alojamiento conjunto, cuidados de la madre, técnicas de amamantamiento correctas, bebés que rechazan el pecho, disfunción motora oral en el lactante, suplementos y chupetes, retraso en la subida de la leche, problemas tempranos de las mamas, ictericia y lactancia materna, extracción y conservación de la leche materna, consejos al alta de maternidad y papel de los profesionales en las maternidades.

Otro elemento que contiene esta sección es el seguimiento de la lactancia materna, que se compone de cuestiones como lo son, la alimentación de la madre, los cuidados de los pezones y el pecho, la retención y la mastitis, el ejercicio físico, la anticoncepción, el lactante que no come, la hipogalactia, la dificultad para regular el horario diurno y nocturno del niño y la niña, los cólicos y el llanto, los suplementos vitamínicos y minerales, enfermedades comunes y raras en el lactante amamantado. Finalmente, se anotan elementos

asociados con la prolongación de la lactancia en la que se trata lo referente al inicio de la alimentación complementaria, la vuelta al trabajo, el proceso del destete y situaciones especiales del recién nacido y la madre.

El Gobierno de las Islas Baleares (2009) recopila información sobre lactancia materna en una guía dirigida a madres, padres de niños (as) en periodo de lactancia. En este documento, se tratan aspectos teóricos como los tipos de leche, las ventajas y beneficios que representa tanto para el bebé, como para la madre. También contiene indicaciones para las madres en puerperio inmediato con respecto a la lactancia, tales como el apoyo de la pareja y la familia, el contacto piel con piel, la frecuencia de tomas, uso de biberones, chupetes, entre otros.

Posteriormente contiene información sobre la técnica más adecuada de amamantamiento, incluyendo cuidados de las mamas, agarre, posiciones de amamantamiento y duración de las tomas. Asimismo, trata las posibles complicaciones que pueden aparecer durante la lactancia y cómo solucionarlas, como pechos congestionados, pezones agrietados, obstrucciones, mastitis, dolor, escasez de leche, entre otros. Esta guía también le enseña a las madres y encargados la manera correcta de extraer leche materna y cómo conservarla y almacenarla.

Además, da consejos a las madres sobre la alimentación, explicando que esta debe ser balanceada y con abundantes líquidos, brinda pautas para el proceso de ablactación, asesora en cuanto al uso de los más adecuados métodos anticonceptivos durante la lactancia. Por otro lado, aporta información sobre legislaciones que respaldan a la madre

trabajadora en proceso de lactancia materna, además, considera un espacio donde aclara posibles dudas que puedan tener las madres y sus parejas y familia con respecto a lactancia.

En Barcelona, España, se elaboró un texto bajo el nombre de “Cuidados de las criaturas en los primeros meses de vida”, en el mismo es dividido en tres grandes temas, por De Lucas, Francés y Martín (2015), siendo el primero los cuidados de esenciales, los cuidados de la salud y, finalmente, los cuidados de la piel. Inmerso en el primero se abordan elementos como lo son el contacto piel con piel, la alimentación, la eliminación, el higiene y aseo, el sueño y descanso, el llanto, la ropa, el paseo y la protección y seguridad.

En lo que respecta al segundo tema, este está integrado por la fiebre, el cólico del lactante, las regurgitaciones, el crecimiento y desarrollo psicomotriz, el control y seguimiento pediátrico y los signos de alarma. Finalmente, el último gran tema, referente a los cuidados del sistema tegumentario, engloba, la piel preparada, pero no acabada, el pelo y las uñas, la costra láctea, la dermatitis del pañal, la dermatitis atópica, las lesiones de la piel y la hidratación, aspectos que caracterizan el desarrollo de la vida del niño o la niña.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA (2017) creó la “Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna”, este documento está dirigido hacia los profesionales sanitarios y toma como base los beneficios que tiene la lactancia materna tanto para la madre como para el lactante, no solo tomando en cuenta que favorece el fortalecimiento del sistema inmune para disminuir la aparición de diversas enfermedades, y la buena nutrición del niño y la niña, sino que también permite la creación de un vínculo afectivo estrecho

entre la madre y el niño o la niña y promoviendo que la madre se experimente sentimientos de satisfacción y buena autoestima.

El objetivo principal de este escrito es servir como instrumento para mejorar la atención a las mujeres sanas que desean amamantar a sus hijos e hijas sanos y nacidos a término. Además, se identifican de las condiciones que favorecen el inicio, la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna y se explican diversas recomendaciones basadas en la evidencia científica que ayuda a los profesionales sanitarios a dar respuesta a los problemas que pueden ser encontradas en las madres que quieren amamantar a sus hijos e hijas.

El primer aspecto que se expone en el escrito es la atención postparto inmediata, este incluye el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido, la primera toma del recién nacido y el tiempo a esperar hasta la primera toma. Otro aspecto son las prácticas que influyen en la lactancia materna que engloba la colocación y posturas para amamantar, el colecho en las madres que amamantan, las tomas nocturnas y el uso de chupetes. Luego, está la valoración y seguimiento de la lactancia materna, además de la extracción del calostro y la administración de suplementos. Otro aspecto a tratar es el manejo de los problemas en niño, como lo son el recién nacido adormilado, que no demanda o no realiza tomas efectivas, la pérdida excesiva de peso en el lactante amamantado y el lactante con anquiloglosia; y los problemas de la madre como lo son la baja producción de leche, la ingurgitación mamaria, el dolor y las grietas en el pezón, la mastitis aguda y los abscesos mamarios.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017) formuló la “Guía para las madres que amamantan” dirigida a mujeres que desean amamantar o que amamantan, así como a sus parejas y familiares. La misma, responde a una serie de preguntas usuales que pueden tener las personas respecto a la lactancia materna, estas son: ¿Qué debo saber sobre la lactancia materna?, ¿qué debería ofrecerme el hospital y el centro de salud para favorecer la lactancia? ¿es importante el contacto piel con piel con mi bebé nada más nacer para favorecer la lactancia?, ¿cómo sé que mi bebé está tomando suficiente leche?, ¿cómo podemos colocarnos mi bebé y yo para facilitar las tomas?, ¿es seguro dormir con mi bebé en la misma cama para facilitar las tomas nocturnas?, ¿puede el chupete interferir en la lactancia?, ¿cómo puedo saber si mi bebé necesita un suplemento?, en caso de necesitar un suplemento, ¿cuál sería el más adecuado y cómo debería administrarlo?, ¿cuáles son los problemas más frecuentes con la lactancia y cómo debería afrontarlos?, ¿es útil saber cómo extraerme la leche, cómo debo hacerlo y una vez extraída, cómo debo conservarla? y ¿dónde puedo encontrar más información?.

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España creó una guía titulada “Para una lactancia materna feliz”, sus autoras Mohamed y Alcolea (2010), explican que el mismo está dirigido a la madre del lactante, adicionalmente, se fundamenta en la recomendación que realizó la OMS en sobre que es vital que los niños y las niñas sean alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses y a partir de esa edad hasta los dos años junto con la alimentación complementaria. Para destacar la relevancia de esta actividad, consideran que la lactancia materna proporciona protección notablemente superior a la artificial frente a las

enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y la nutrición adecuada, en los recién nacidos.

Además, supone un beneficio para la madre, ya que se evitan complicaciones como lo son el mayor riesgo de hemorragia postparto, de fractura espinal y de cadera tras la menopausia, artritis reumatoide, cáncer de útero, de mama, de ovario, hipertensión, ansiedad y depresión. Para el sector laboral, el que una madre binde lactancia materna, disminuye el absentismo laboral, ya que el lactante tiene que acudir menos a los centros hospitalarios. En cuanto a la economía, favorece la disminución de los gastos que genera comprar leche artificial y de medicamentos. Cabe destacar que supone un beneficio para el medio ambiente, porque se ahorran recursos naturales, eliminando la contaminación que implica el fabricar, envasar y transportar el producto artificial.

En el escrito se desarrollan los temas de fisiología de la lactancia, beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño o la niña, recomendaciones durante el embarazo, cuidados de la mama durante la lactancia, técnicas adecuadas para la alimentación al pecho, lactancia en las diferentes etapas del niño, dieta materna y lactancia, contraindicaciones para la lactancia materna, leche de fórmula: manejo e inconvenientes, paso de medicamentos y otros elementos a la leche materna, relactación, trabajar fuera de casa y lactancia materna y problemas y preguntas frecuentes en esta etapa (tiempo y cantidad adecuado de lactancia materna, dolor y grietas en los pezones, obstrucción o mastitis, candidiasis, etc).

Un documento encontrado durante la revisión bibliográfica de antecedentes, elaborado en España por Alonso et al. (2014), lleva por título “Guía práctica para padres: desde el nacimiento hasta los 3 años”. Este documento está dirigido exclusivamente a los padres, madres y personas responsables del cuidado de un recién nacido. Se encuentra dividido en 5 secciones, abarcando desde la etapa prenatal hasta aspectos psicosociales importantes en el desarrollo de los niños y niñas.

La primera sección se desarrolla desde las últimas semanas del embarazo, indica opciones y recomendaciones previo al parto y posparto, así como el ambiente en el futuro hogar del recién nacido. La segunda y tercera parte, hacen énfasis en la alimentación de acuerdo a la edad del niño o niña, por lo que divide las etapas en 0-6 meses, 6-12 meses, 12-24 meses, 23-36 meses y además incluye los casos de niños y niñas prematuros. Comenta aspectos relacionados con la alimentación, el desarrollo, seguridad, higiene, vacunación, aprendizaje y otros.

En cuanto a lactancia materna, menciona los beneficios a corto y largo plazo para madre y bebé, además brinda recomendaciones especiales como el siguiente ejemplo: “las madres vegetarianas estrictas deben tomar suplementos de vitamina B12 durante el embarazo y la lactancia, para evitar el déficit de esta vitamina, que puede causar alteraciones neurológicas en el niño.” (Alonso et al., 2014, p.109). Abarca también una serie de recomendaciones, como las relacionadas al consumo de medicamentos, drogas, el regreso al trabajo, entre otros. Incluye también un apartado donde comenta las complicaciones más frecuentes que se pueden presentar en la lactancia, así como posibles acciones a tomar en caso de que se presenten.

Las dos últimas secciones contienen consejos en caso de que el niño o niña presente alguna afección como fiebre, diarrea, vómitos, estreñimiento y, a su vez, cuándo llevarles a consulta. También aconseja con respecto a la opción de las guarderías, la edad recomendada, los requisitos, entre otros. Incluye, además, una indicación en cuanto a la educación y crianza de los niños y niñas y por último, también contiene una sección orientativa relacionada a la adopción, recomendaciones en el proceso pre-adopción, la espera, la adaptación, visitas al hogar, el ambiente familiar (en especial con hermanos y hermanas) y el establecimiento de vínculos afectivos saludables.

En Aragón, España, se construyó una guía denominada “Cuídame: guía para madres y padres” (2009) la misma consta de ocho secciones, que específicamente, son las siguientes: cuidados de las madres, cuidados del recién nacido, alimentación, crecimiento y desarrollo del bebé, atención sanitaria del niño, accidentes en la infancia, inscripción del nacimiento y direcciones y teléfonos de interés.

En la primera sección, sobre el cuidado de las madres, se explican conceptos básicos sobre el puerperio (entuerros, loquios, cuidado de los puntos, higiene, cuidados de los pechos) y cuidados generales (alimentación, excreción, actividad física, sexualidad, estado de ánimo y control sanitario). En relación a los cuidados del recién nacido, se instruye sobre el crecimiento y desarrollo (reflejos, piel, ojos, abultamiento de las mamas, hipo, estornudos y flujos, peso, talla, deposiciones, micción, sueño, llanto, eructos y expulsión de gases), los cuidados generales (baño, cambio de pañales y ropa, higiene del sueño, viajes y paseos) y la atención sanitaria (prueba del talón, detección de sordera, motivos de consulta y prevención de muerte súbita).

En la sección sobre lactancia, se explican temas como los beneficios de la leche materna, la composición de este producto, el comienzo de este proceso y la capacidad de todas las madres de poder realizarlo sin importar sus características físicas, la duración y frecuencia de las tomas, las posiciones para amamantar, la colocación correcta del bebé al pecho, algunos mitos sobre la lactancia, la introducción de alimentos y la lactancia artificial. Además, en la sección de crecimiento y desarrollo, se desarrolla más ampliamente el crecimiento físico, el desarrollo psicomotor, el desarrollo afectivo y social, las etapas del desarrollo y el sueño del bebé.

Por otra parte, en la sección de atención sanitaria del niño, se describe ampliamente el control sanitario del niño (vacunas y cuidado de los dientes) y problemas frecuentes de salud (cólicos, estreñimiento, diarrea, vómitos, fiebre, resfriados). En relación a la sección de los accidentes en la infancia se desarrolla la prevención de accidentes (caídas, heridas, quemaduras, intoxicaciones, accidentes por cuerpos extraños, asfixia y ahogamiento, accidentes de tráfico) y los riesgos ambientales. Y finalmente, la inscripción del nacimiento y contactos de importancia en este país.

En Pamplona, España se creó un manual titulado “La lactancia materna el mejor comienzo” este fue realizado por Lecumberri y Jiménez (s.f.) en el mismo se colocan los diez pasos para una lactancia feliz, además, de los beneficios para físicos, psicosociales, para la madre y para la familia y sociedad que posee el amamantar a los niños y niñas. Seguidamente, se expone lo que ocurre en los primeros días ligados a esta práctica, cuál es el periodo ideal para mantener la lactancia materna exclusiva, cuánta cantidad y cada cuánto se debe suministrar la leche, las diversas posturas que existen para satisfacer las

necesidades alimentarias del recién nacido, la posición correcta del bebé al pecho, los cuidados que requieren los senos de la madre, cuál debe ser la nutrición de la madre en este periodo, las opciones que existen para poder alimentar al recién nacido cuando la madre ingresa nuevamente al trabajo y las complicaciones que pueden presentarse en la lactancia.

Con base en la anterior revisión de antecedentes, se destaca la importancia de elaborar un manual educativo que contenga la mayor parte de información posible en un documento que pueda estar al alcance tanto de las madres, padres y encargados de niños y niñas que recibirán lactancia materna, así como de las y los profesionales en enfermería, quienes están a cargo en el país de las Clínicas de Lactancia materna, además de brindar acompañamiento en las consultas prenatales y postnatales. Esto dado que, si bien existen algunos documentos previos, los más actuales en el país datan de 2015, por lo cual, se considera importante que la información que llegue de primera mano a las personas sea actualizada y validada por expertos en el tema de lactancia materna.

Fernández et al. (2015) diseñaron una “Guía de Lactancia Materna” que facilita la labor de los profesionales sanitarios, para así apoyar a las madres de los y las lactantes con información adecuada, para que de esta manera la lactancia materna sea exitosa. En este documento se desarrollan los aspectos prácticos de la lactancia materna, que a su vez se dividen en: información y preparación para el nacimiento y crianza, conducta inmediata al nacimiento: contacto piel con piel, cómo organizar los primeros días de lactancia, técnica de amamantamiento correcto, problemas de los primeros días (bebé poco exigente, bebé muy demandante, disfunción motora oral, diferencia entre la succión del pecho y el biberón, suplementos y chupetes, problemas tempranos de las mamas, percepción de leche

insuficiente, lactancia inefectiva en las primeras 24-48 horas), extracción y conservación de la leche materna y consejos al alta hospitalaria. Otro tema que se expone es el seguimiento de la lactancia, que implica los cuidados y problemas de la madre (alimentación, ejercicio físico, cuidados de los pezones y el pecho y anticoncepción en la madre lactante).

Adicionalmente, se explican las contraindicaciones absolutas para la lactancia materna y las situaciones especiales en la mujer como las circunstancias que requieren una valoración individualizada (enfermedades infecciosas maternas, enfermedades no infecciosas maternas), hábitos maternos que no contraindican la lactancia pero que se deben reducir o evitar, situaciones que no contraindican la lactancia materna, relactación (indicaciones para la relactación, composición de la leche en la relactación, factores que afectan al éxito de la relactación, pasos para ir reduciendo la leche artificial y aumentando la lactancia materna, disminución del suplemento de la leche artificial) y madres hospitalizadas por cualquier enfermedad.

Finalmente, se abordan las situaciones especiales en el niño (niños ingresados en hospitalización pediátrica), los fármacos y lactancia materna y la alimentación con sucedáneos de la leche: alimentación complementaria, en donde se tratan los tipos de fórmulas adaptadas, las modificaciones de las fórmulas adaptadas, las fórmulas especiales, las indicaciones para la preparación de biberones y la alimentación complementaria.

1.3.2 Antecedentes Nacionales.

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), formuló un documento titulado “Consejos para una Lactancia Materna Exitosa” (s.f.) en este se explican seis pasos básicos

para lograrla, los cuales están vinculados con la postura de la madre y el o la lactante, la forma de ofrecerle el pecho al niño o la niña y el acople entre el pezón y la boca que debe tener. También, expone las ventajas de la lactancia materna para la salud del lactante, las ventajas para la madre y la familia y para el medio ambiente. Finalmente, se colocan las preguntas frecuentes y respuestas ligadas a esta temática, abarcando temas como lo son los cuidados de los pechos en el periodo de lactancia, la producción de leche materna, las complicaciones asociadas a los senos femeninos y las sensaciones asociadas.

Zárate y Arias (s.f.) profesionales en enfermería del Área de Salud de la Mujer y Perinatología de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo del Hospital México, elaboraron un panfleto para la Semana Mundial de la Lactancia Materna, en este se explican algunos elementos para mejorar el proceso que pueden ocurrir en los diez días de la lactancia. Este escrito contiene temas como lo son, posturas adecuadas para amamantar, uso de fórmulas lácteas, sensaciones ligadas a la bajada de la leche materna, cantidad de veces que el niño o la niña debe miccionar y defecar, uso de jeringa, cuchara o vaso para darle leche en vez de chupetes o biberones, cantidad de tomas adecuada, reflejos en el y la lactante, entre otros.

El Ministerio de Salud de Costa Rica y la CCSS (s.f.), construyeron un folleto denominado “Los cuidados del recién nacido”, en este se tratan temas como lo son el fortalecimiento del vínculo madre y padre e hijo o hija, la importancia de la lactancia materna, la correcta postura para amamantar al lactante, la cantidad de leche que necesita al niño o la niña para saciarse, la coloración de la piel del recién nacido, el significado del

llanto, la técnica del baño, la importancia del Carnet de Salud del niño o la niña y del Tamizaje Neonatal y finalmente, consejos generales sobre el cuidado adecuado del lactante.

La Comisión Nacional de Lactancia Materna (CNLM) y la CCSS (s.f.) crearon un documento llamado “Guía práctica para la alimentación del niño (a)” en esta se esbozan aspectos como lo son, la alimentación del niño y la niña en los primeros seis meses de vida, la estimulación de la producción de leche materna, el amamantamiento, el proceso de alimentación de los niños y las niñas desde los seis meses hasta el primer año de edad y por último, recomendaciones generales de este tema.

La CNLM y la CCSS (s.f.) diseñaron un panfleto denominado “Extracción manual de leche materna” en el mismo se exponen varios temas ligados entre sí, dentro de los cuales están, cómo se realiza la extracción de la leche y cuantas horas o meses se conserva la misma en ambientes diversos, ya sea en el medio ambiente, en el refrigerador y congelador del hogar. Además, de cómo debe prepararse para que la o el lactante pueda ingerirla correctamente, finalmente, se explican cuáles son los peligros del uso del biberón.

En Hospital México de la CCSS (s.f.) se formuló un folleto titulado “Efecto del tabaco, alcohol y otras drogas en el embarazo” en este se explica la clasificación de drogas, los efectos de las drogas, las características de las personas que abusan de las drogas, algunos aspectos importantes de estas en el embarazo, qué ocurre con los niños y las niñas de madres que consumen drogas, elementos básicos del tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, heroína, morfina, codeína, heroína, metadona, fenciclidina, L.S.D, cafeína, anfetaminas entre otras cosas, tomando en cuenta algunos datos de interés general de cada

una, complicaciones maternas y del niño o la niña y recomendaciones para evitar su consumo.

Durante el año 2014, la CCSS, creó un documento corto, de carácter informativo, en donde se exponen la importancia de la lactancia en la nutrición en el niño y la niña, ya que posee un aporte nutricional, inmunológico y emocional completo, los beneficios que aporta al bebé y a la madre la lactancia materna, y una serie de recomendaciones ligadas, como lo son la dieta de la madre y los elementos como el alcohol, las bebidas estimulantes y el tabaco, la duración de las tomas de leche diarias, las desventajas del uso de chupetes y biberones, el correcto acople del bebé y la previa succión de la leche, además, de la correcta extracción ligada a la prevención contra la mastitis.

En el año 2010, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Alianza Mundial Pro Lactancia Materna (WABA) crearon un documento tipo folder con información y un póster titulado “Lactancia Materna: cumplamos los 10 pasos” para ser utilizado en diversos países por los profesionales en salud. Sin embargo, el Ministerio de Salud de Costa Rica, decidió hacer uso de los mismos y ponerlos a disposición de las diversas entidades del país.

En este se exhorta a cumplir con los 10 pasos para la promoción de la lactancia materna, estos consisten en: tener una política de lactancia materna escrita que sea comunicada periódicamente al personal, entrenar a todo el personal para llevar a término esta política, informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y la práctica de la lactancia materna, ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora

después del parto, enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si se separan de sus bebés, no dar a recién nacidos(as) ningún alimento ni bebida que no sea leche materna; hacerlo sólo por indicación médica, practicar el alojamiento conjunto; dejar que las madres y sus bebés estén juntos las 24 horas del día, fomentar que la lactancia materna se dé cada vez que el o la bebé lo pida, no dar tetinas, chupetes u otros objetos artificiales para la succión de los bebés amamantados(as), promover la creación de los grupos de apoyo a la lactancia materna y remitir a las madres a los mismos.

Ligado a cada uno de los pasos, los documentos explican los orígenes de los mismos, ofrecen un respaldo de la importancia de incentivar cada uno de estos, la interpretación de los mismos y cómo llevarlos a cabo en diferentes espacios, como lo son el sistema de salud, la comunidad, y el sector nacional y mundial. Además, invita a los diversos encargados de esta temática a celebrar la semana mundial de la lactancia materna, en donde los objetivos centrales de la misma son: destacar la contribución de los diez pasos al mejoramiento de las tasas de lactancia materna, renovar la acción en los todos los sistemas y establecimientos de salud, y en las comunidades, para que la lactancia materna sea una fácil elección, informar al público sobre los peligros de la alimentación artificial, la importancia de la lactancia materna para el desarrollo y salud de por vida de los niños y niñas, y para la salud de las madres y posibilitar que las madres puedan disfrutar de un apoyo completo a la lactancia materna en los sistemas de salud y más allá.

Otro documento utilizado por el Ministerio de Salud de Costa Rica se llama “Cambio climático y salud” este es del año 2015, en el mismo se desarrollan la relación de la alimentación infantil con el cambio climático, cómo la lactancia alivia los impactos del

ambiente sobre la salud y las repercusiones de la alimentación con fórmula en las emergencias y para la salud del planeta.

Además, existe otro documento bajo el nombre “Lactancia materna” del año 2000, en el mismo las autoras Aguayo, Serrano, Calero, Martínez, Rello y Monte, anotan cuál es el rango de edad para continuar con el proceso de la lactancia materna, diversos mitos sobre la lactancia, el significado de la lactancia a demanda, la importancia de la postura, cuáles son los signos de que se está realizando una buena adaptación de la boca al pecho, los mitos sobre la morfología de la mujer y su relación con la lactancia materna, los problemas para amamantar durante las primeras semanas y de manera tardía, la extracción, conservación y transporte de la leche humana, grupos de apoyo para las madres, los medicamentos y su asociación con este proceso, el papel de los profesionales sanitarios, la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y los diez pasos hacia una feliz lactancia natural.

Existe un documento titulado “Rol del padre en la lactancia” del año 2007, también fue tomado en cuenta como literatura de apoyo del Ministerio de Salud de Costa Rica, el mismo según sus autores, Criado et al. desarrollan aspectos vinculados con las actividades que puede realizar el padre para colaborar con la lactancia materna (labores domésticas, cuidado de otros miembros de la familia, tareas con respecto al bebé o la bebé, apoyo emocional a la madre) información y aclaraciones para comprender elementos vinculados con este proceso (lactancia materna a demanda, duración de la lactancia, a quién puede recurrir si surgen dudas en ese campo, cantidad de leche que se requiere para satisfacer al niño o la niña, el colecho, la importancia de cargar al bebé, cuáles son las desventajas de utilizar fórmulas lácteas, tiempo para compartir con la familia, entre otras cosas).

En el 2013, la Comisión Nacional de Desnutrición Infantil (CNDI) en Costa Rica elaboró un documento llamado “Informando y educando en alimentación y nutrición” dirigido a personal de salud que atiende a familias en proceso de lactancia. El mismo está elaborado con ilustraciones y cuadros que utilizan colores llamativos, por lo que ese diseño hace más sencillo que las personas lo comprendan de mejor manera. El escrito incluye información general sobre la lactancia materna, como principal fuente de nutrición en el lactante, además menciona, los tipos de leche que se producen y sus propiedades, define la lactancia materna como: “Alimentación natural del niño y niña recién nacido por medio de leche materna, es fundamental para un crecimiento y un desarrollo saludable” (Comisión Nacional de Desnutrición Infantil CNDI, 2013, p. 6), y la lactancia materna exclusiva, de la siguiente manera:

Lactante que recibe solamente leche del pecho de su madre o aquel que recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabe de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos (CNDI, 2013, p. 6).

Posteriormente, el segmento presenta los beneficios a corto y largo plazo para el niño y la niña, además de los beneficios para la madre. Menciona como beneficios para la familia los siguientes:

- Mejorar salud, nutrición y bienestar.
- Beneficios económicos.
- La lactancia cuesta menos que la alimentación artificial.

- La lactancia da como resultado un menor gasto, en la atención de la salud del niño o la niña.
- A nivel ecológico produce menos basura, pues no requiere del uso de latas ni chupones (CNDI, 2013, pp. 10-11).

El documento hace referencia a tres pasos para una lactancia materna efectiva, los mismos son: “preparación prenatal, inicio temprano y mantenimiento de la lactancia.” (CNDI, 2013, p. 13). También, sigue un control prenatal adecuado y con pautas educativas y orientativas, dar lactancia en la primera hora de vida, asegurarse de que se logre un buen agarre por parte del lactante, así como la succión efectiva. De igual manera, comenta las diferentes técnicas para extracción de leche, sea manualmente o con ayuda de algún dispositivo, las formas en las cuales deben conservarse, almacenarse, refrigerarse y prepararse para dar las tomas en determinados momentos.

Uno de los aspectos a destacar de este documento es que resalta la importancia de un acompañamiento por parte del personal de salud, de manera constante y positiva para cada persona. En las últimas secciones presenta un apartado donde refiere las debilidades que pueden darse durante la lactancia, como complicaciones con el agarre, la succión, mastitis, baja producción de leche, entre otros y aporta recomendaciones a seguir en caso de que se manifiesten. Por último, aclara ciertos mitos y realidades que son comentados y compartidos comúnmente entre la población y termina indicando los lugares que, en el país, tienen espacios destinados a la asistencia y ayuda a las personas que requieran orientación en el proceso de lactancia materna.

Un documento que fue publicado en el 2015, elaborado por los autores Chacón, Marín, Chacón y Achí, llamado “Madres ayudando madres: guía de contenidos complementarios”, está dirigida principalmente a madres y contiene información valiosa con respecto a la alimentación durante el embarazo y el periodo de lactancia. Promociona también la lactancia materna como el mejor alimento para los niños y las niñas. Incluye temas que van desde generalidades y la importancia de la lactancia materna, los tipos de leche, los beneficios de la lactancia para el niño o niña, madre, familia y sociedad, las técnicas para la extracción de leche materna y su conservación y almacenamiento, así como las desventajas de la alimentación con sucedáneos de la leche materna.

Adicionalmente, contiene un apartado que brinda recomendaciones con respecto al inicio de la alimentación complementaria, con una guía de alimentos, cantidades y horarios recomendados de acuerdo a la edad del niño o niña. Este documento es una herramienta elaborada como apoyo para un programa que inició el Instituto de Investigaciones en Salud (en colaboración con la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami, Florida) en el 2007, denominado “Madres apoyando a madres”, que tiene como fin empoderar a las mujeres de ciertas localidades para que funjan como promotoras de la lactancia materna en sus comunidades con grupos de madres que están en proceso de lactancia.

2. Capítulo II: Planteamiento del problema

2.1. Planteamiento del problema

En la actualidad, Costa Rica no cuenta con una guía o manual educativo de lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados elaborado por el sector salud que esté dirigido a la familia gestante. Se han elaborado documentos como afiches, panfletos o publicaciones de carácter promocional de la lactancia, sin embargo, la información no se encuentra unificada ni actualizada.

Según la Política para la Primera Infancia 2015-2020 elaborada por el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) (2017), entre muchos aspectos importantes, destaca que se debe asegurar que los niños y las niñas tengan desde antes de nacer, las condiciones necesarias para una adecuada calidad de vida y que reconozca figuras de apego que le brinden seguridad, esto se fortalece en gran medida mediante la lactancia materna, dado el vínculo que se establece entre el recién nacido y su madre, así como con su familia.

Llorens et al. (citados en Araya y Brenes, 2012), determinaron que:

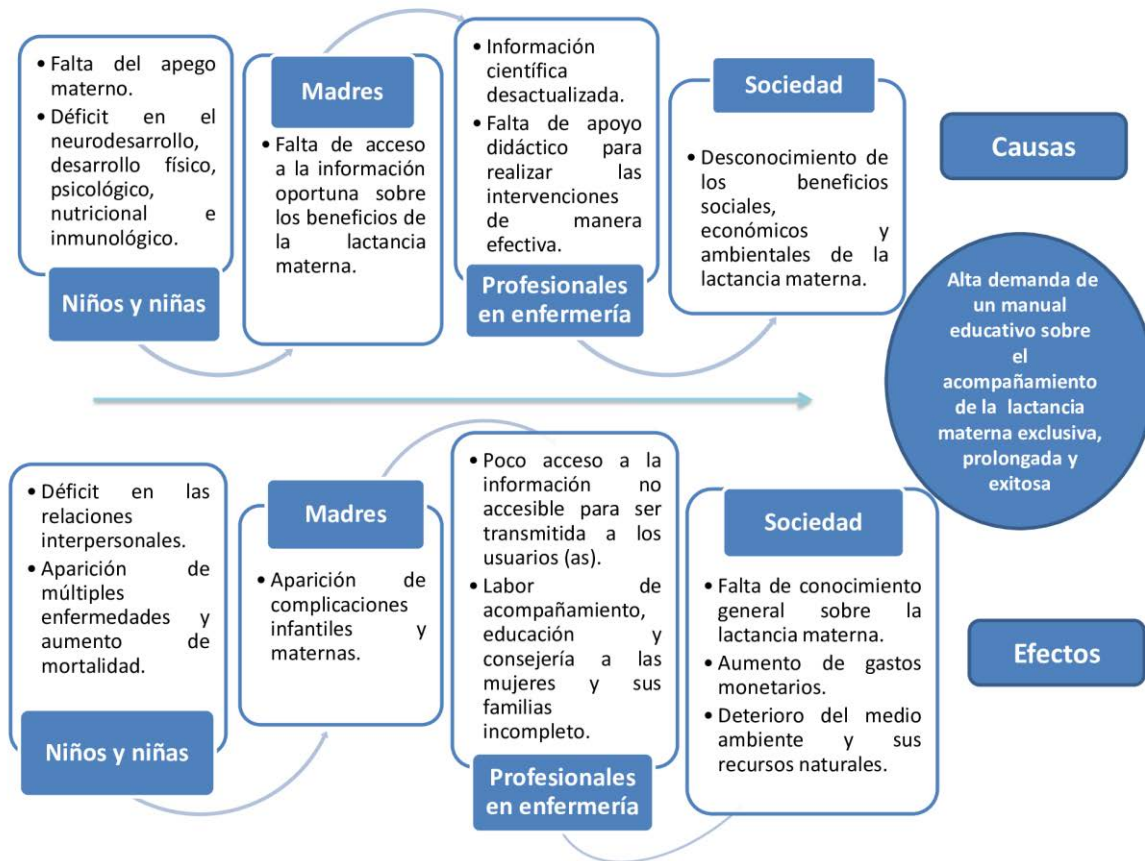
Los programas de salud son la clave para fomentar la lactancia materna durante el embarazo y en los primeros meses tras el parto. Es fundamental la existencia de un entorno socio-sanitario adecuado que apoye a la mujer que opta por la lactancia como método de alimentación del recién nacido (p. 10).

Además, en la misma publicación presentada por Araya y Brenes (2012), se señala que “el buen logro de la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada dependen de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y del sistema de atención de salud” (p. 12). Dicho esto, se refuerza la intención de este proyecto de contribuir con el sistema de salud costarricense en la mejora de la atención integral a las familias gestantes.

Durante el proceso investigativo que acompañó la elaboración de este proyecto, se pudo visualizar cómo asistían gran cantidad de madres, padres y acompañantes a los diversos espacios del área de salud, consultando por vacíos de conocimiento que tenían acerca del tema de lactancia materna, y cómo este rol del proceso de aprendizaje era y es inherente a la profesión de Enfermería. Adicionalmente, la población seleccionada expresa por medio de diferentes frases como necesitan del apoyo por parte de los profesionales en salud en esta nueva práctica, y tomando en consideración que cada proceso particular de las madres genera distintas situaciones de las que se puede sacar provecho para realizar diversas intervenciones en esta etapa del ciclo vital. Esto permite vislumbrar que existen aún retos por resolver vinculados con la lactancia, siendo la elaboración del manual educativo actualizado y completo, una herramienta esencial para el proceso de aprendizaje.

2.1.1 Esquema causa-efecto.

Como parte de las herramientas utilizadas para establecer el tema de investigación, se utilizó el siguiente esquema de causa-efecto:



La alta demanda de un manual educativo en el acompañamiento la lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa, es el problema principal que se plantea para el presente proyecto. Este problema tiene causas y efectos en cuatro poblaciones específicas que son: niños y niñas, madres, profesionales en enfermería y en la sociedad. La alta demanda de un manual de este tipo, tiene causas en la población de niños y niñas como falta del apego materno, déficit en el neurodesarrollo psicomotor, nutricional e inmunológico, las cuales generan un efecto de déficit en las relaciones interpersonales, aparición de múltiples enfermedades y aumento de la tasa de mortalidad infantil.

Con respecto a esto, Serrano, Abel, Sepúlveda y María (citado en López, Martínez y Zapata, 2013) destacan la importancia de que los niños y niñas reciban lactancia materna al decir que:

La leche materna [...] contribuye a la maduración neurológica y funcional del tracto gastrointestinal, al desarrollo de los mecanismos de defensa [...] protegiendo al bebé de enfermedades e infecciones crónicas como diarrea y neumonía lo que reduce la mortalidad infantil; descende las tasas de síndrome de muerte súbita del lactante, diabetes tipo 1 y 2, linfoma, leucemia, sobrepeso, obesidad, hipercolesterolemia, alergias alimentarias, asma, entre otras; además, promueve el desarrollo sensorial y cognitivo del bebé (p.118).

En la población de madres, se determina como una de las causas la falta de acceso a la información oportuna sobre los beneficios de la lactancia materna, lo cual conlleva a la aparición de complicaciones infantiles y maternas, a corto y largo plazo. Algunos de los beneficios se describen por Coronado, Sánchez, Rodríguez y Gorrita (2010) como:

La mujer que lacta a su hijo recupera antes el peso anterior de la gestación y al retrasarse el inicio de las ovulaciones ayuda a evitar en parte, las gestaciones precoces. La remineralización ósea tras el parto es más rápida y eficaz, y en la edad posmenopáusica disminuye la frecuencia de fracturas de cadera. Se reduce el riesgo de cáncer de ovario y de cáncer de mama en la mujer premenopáusica (p. 19).

Sumado a esto, López, Martínez y Zapata (2013) en su investigación identifican como causas del abandono temprano de la lactancia materna por parte de las madres, las siguientes:

El principal motivo de abandono de la lactancia materna, para las madres con estudios universitarios o técnicos, fueron las ocupaciones de la madre, mientras que para las amas de casa o sin ninguna ocupación actual fue la inadecuada percepción sobre la producción de la leche (p.125).

En cuanto a los profesionales en enfermería, se identifican como causas que la información científica está desactualizada y falta apoyo didáctico para realizar las intervenciones de manera efectiva. Estas causas derivan en varios efectos como la poca accesibilidad a la información que será transmitida a los usuarios y usuarias. Asimismo, la labor de acompañamiento, educación y consejería a las mujeres y sus familias se vería incompleta. Acerca de esto, López, Martínez y Zapata (2013) discuten que:

Es necesario que las personas del área de la salud que están en contacto con las gestantes y mujeres lactantes, tengan un profundo conocimiento sobre lo que es el proceso de la lactancia, de tal manera que puedan educar de forma acertada a la madre respecto a esta práctica. Esta condición exige que las instituciones educativas para profesionales de la salud incorporen dentro de sus currículos la formación para capacitar a la madre respecto a la lactancia materna (p.125).

Por último, en la sociedad la causa que se determina es el desconocimiento de los beneficios sociales, económicos y ambientales de la lactancia materna, esto ocasiona falta de conocimiento general sobre la lactancia materna, disminución de gastos monetarios y deterioro del medio ambiente y sus recursos naturales. Lo anterior se respalda en que:

Cada vez más esta práctica [Lactancia Materna] se vuelve menos común, lo que afecta el estado nutricional y de salud de los niños y niñas, la seguridad alimentaria y de manera general la economía y productividad de un país (López, Martínez y Zapata, 2013, p.119).

2.2. Objetivos

2.2.1 Objetivo general.

1. Elaborar un manual educativo sobre el acompañamiento de la lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, durante 2019.

2.2.2 Objetivos específicos.

1.1. Identificar las necesidades del tema de lactancia materna que poseen las madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México.

1.2. Identificar los insumos y recursos necesarios para la elaboración de un manual de lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México.

1.3. Diseñar un manual de lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México.

1.4. Diseñar un instrumento para evaluar la puesta en marcha del manual de lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México.

3. Capítulo III: Marco referencial

3.1 Conceptos generales sobre lactancia materna

3.1.1 Lactancia Materna.

La lactancia materna es el proceso de alimentación idóneo del niño o niña con la leche que produce su madre, siendo éste el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macronutrientes y micronutrientes (UNICEF Venezuela, 2005). Según, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010) esta sustancia viva es el único alimento necesario para los primeros seis meses de vida del lactante.

Como lo indica la UNICEF Venezuela (2005) es considerada como el alimento más completo desde el punto de vista bioquímico, ya que tiene todos los nutrientes indispensables, cubre los requerimientos calóricos adecuados, favorece el desarrollo biológico y mental y es un medio para fortalecer el sistema inmunológico del niño y la niña a partir de su nacimiento hasta los dos años de edad. Cabe destacar que la leche materna “es segura y limpia, siempre a la temperatura adecuada y prácticamente toda madre tiene más que suficiente de este alimento de alta calidad para su bebé” (OPS, 2010, p.3).

Según Gutiérrez y Marín (2017), la lactancia materna para un grupo de madres de una comunidad rural y otra urbana de Costa Rica, “[...] el acto de brindar lactancia materna, significa una decisión libre y una elección deseada, experiencia única, al posibilitar el acercamiento y vínculo con su hijo-hija, proporcionándole a la vez salud y los requerimientos nutricionales necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo” (p.14).

Adicionalmente, este proceso representa un eje principal que permite el crecimiento y la adaptación del nuevo ser al entorno familiar y social, en el que olores, las voces, las miradas y el contacto corporal, son los elementos que lo componen (Gutiérrez y Marín, 2017).

3.1.2 Leche materna.

En lo que respecta a los componentes de la leche materna durante el desarrollo y crecimiento del lactante, estos varían y se adaptan a las características del niño o la niña y su edad, el momento del día o la nutrición materna, es por esto que reciben nombres distintos, como lo son el precalostro, el calostro, la leche de transición y la leche definitiva o madura. “Por otra parte, la composición de la leche materna se ve regulada también por la succión, la mayor cantidad de grasa se excreta al final de la toma, cuando han transcurrido varios minutos de succión” (Aguayo et al., 2004, p.226). En cuanto al volumen de leche materna producida, Cristaldo y Arolfo (2014), expresan que oscila entre 600 a 850 ml/día. En general, está compuesta por proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas hidrosolubles y liposolubles, minerales, nucleótidos, moduladores de crecimiento, hormonas, enzimas, factores de protección y agua.

Aguayo et al. (2004) anotan que “durante el último trimestre de la gestación, la glándula mamaria acumula en el lumen de los alvéolos una sustancia llamada precalostro, formada principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa” (p.59).

El precalostro “se encuentra acumulado en los alvéolos durante el último trimestre de la gestación. En su composición predominan, mayoritariamente, exudado plasmático, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, cloro, sodio y lactosa” (Aguilar, Baena, Sánchez, Guisado, Hermoso y Mur, 2016, p.485).

El calostro, se produce de 12 a 24 horas después del parto, además, es un líquido color amarillo y espeso, de alta densidad y bajo volumen rico en anticuerpos, vitaminas, proteínas y enzimas (Cristaldo y Arolfo, 2014; UNICEF Venezuela, 2005). Al respecto, Aguayo et al. (2004), señala que tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles, PTH y nucleótidos que la leche madura. Sin embargo, contiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K, carotenos y minerales como el sodio, zinc, hierro, azufre, magnesio y potasio, que la leche madura. El contenido de colesterol es superior en el calostro que, en leche madura, al contrario que los triglicéridos. Además, tiene un alto contenido de inmunoglobulinas (IgA, lactoferrina, linfocitos, macrófagos, oligosacáridos y citoquinas) y factores de crecimiento que favorecen la maduración del sistema digestivo y el sistema inmune. También, contienen antioxidantes y quinonas que le protegen del daño oxidativo. En estos primeros días se produce un volumen de 2-20 ml de calostro por toma.

La leche intermedia o de transición se produce entre el 4° y 15° día, es en este periodo que ocurre un aumento en la producción de leche o subida de la leche (Cristaldo y Arolfo, 2014). La UNICEF Venezuela (2005) anota que posee una alta cantidad de proteínas, minerales, lactosa y grasas. La leche alcanza un volumen de 600-700 ml al día entre los 15 y 30 días postparto (Aguayo et al., 2004).

Y finalmente, la leche definitiva o madura, que se produce desde los 15 días en adelante, posee un mayor contenido de lactosa y grasa y baja concentración de proteínas (Cristaldo y Arolfo, 2014; UNICEF Venezuela, 2005). Este tipo de leche posee un 88% de agua y una osmolaridad de 286 mOs, semejante a la del plasma, lo que le permite mantener el equilibrio electrolítico. Su contenido energético es de 68-74 Kcal/100 ml, aproximadamente. “El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los seis primeros meses postparto” (Aguayo et al., 2004, p.61).

En caso de que el recién nacido sea pretérmino, se produce una leche durante un periodo de un mes, con elementos especiales adaptándose a las demandas del mismo o la misma. De manera específica y en relación a su composición nutricional, Aguayo et al (2004) concluyeron que:

Esta leche tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico. Los niveles de minerales son parecidos a los del término, así como las concentraciones de vitaminas del grupo B. Sin embargo, los niveles de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA son superiores en la leche del prematuro. Esta es más pobre en lactosa y vitamina C que la leche madura del término (p.62).

Como menciona Strain, Orchard y Fuentealba (2017), la leche materna es el alimento más completo, seguro y nutritivo que pueden recibir los niños y niñas recién nacidos. Es un “fluido vivo”, pues se adapta a las diferentes circunstancias y necesidades del lactante, por ejemplo, en casos de parto prematuro la leche “contiene mayor cantidad de elementos inmunológicos y una mayor variabilidad en la concentración de macronutrientes,

especialmente grasa y proteínas” (p.3). La leche materna puede cambiar su composición incluso en diferentes tomas durante el mismo día, lo que demuestra su adaptabilidad y conveniencia para la familia gestante.

3.1.3 Beneficios de la lactancia materna en los niños y las niñas.

En el libro titulado “Lactancia Materna en México”, donde colaboran distintos profesionales, González y Ferré (2016) indican que el consumo de leche materna, disminuye el riesgo de mortalidad y protege de enfermedades pediátricas infecciosas, como lo son la diarrea aguda, las infecciones respiratorias del tracto superior e inferior, la otitis media, y la enterocolitis necrosante, y de enfermedades crónicas en la adultez, entre ellas la obesidad, la diabetes, la hipertensión y la hipercolesterolemia. En este mismo escrito, colabora Villalpando (2016) explicando que, concretamente se sabe que:

[...] la leche humana contiene elementos de inmunología adquirida e inmunología innata; el principal ejemplo de los agentes de la inmunología adquirida es la s-IgA. Contiene además una gran cantidad de agentes multifuncionales que trabajan por diferentes mecanismos, los cuales además de su función nutrimental tienen algún efecto bacteriostático o bacteriolítico como la lactoferrina y la lisozima. Otros componentes como oligosacáridos o algunos ácidos grasos libres o monoglicéridos, productos de la degradación de triglicéridos o péptidos que se producen por la degradación de la lactoferrina y algunas otras proteínas de la leche, tienen una variedad de funciones antibacterianas, antivirales o antiprotozoarios (p.23-24).

Respecto a la protección contra enfermedades crónicas, en este texto, Ramírez (2016), anota que existen diversos mecanismos biológicos potenciales que explican el beneficio de la lactancia materna en la prevención de enfermedades crónicas, estos son, la regulación de apetito y saciedad a través de adipocinas (leptina y adiponectina) en la leche materna, la autorregulación de la cantidad de energía ingerida en los lactantes, el reforzamiento de la autorregulación en conducta alimentarias cuando se consumen alimentos sólidos, la menor ingestión de proteína en niños amamantados, la exposición temprana al colesterol de la leche materna, la reducción de la ingesta de sodio y el incremento en la ingesta de ácidos grasos poliinsaturados.

Adicionalmente, en este libro, se explica que favorece el crecimiento y desarrollo general de los niños y las niñas, por ejemplo, se dice que, en relación al desarrollo cognitivo, el consumo de leche materna “per se” está asociado con un mayor coeficiente intelectual. Es vital destacar que este es, además, un marcador de la realización de prácticas maternas que favorecen la estimulación cognitiva (Loret de Mola, Lessa y Victora, 2016). Esto [...] “podría estar ligados a la alta cantidad de ácidos grasos de cadena larga en la leche materna, como los ácidos araquidónico y docosahexaenoico, los cuales han mostrado tener un efecto positivo sobre el desarrollo cerebral, en especial durante la infancia” (Loret de Mola, Lessa y Victora, 2016, p.27).

Como denotan Marín, Jiménez y Villamarín (2015) la tendencia biológica de apegarse y buscar cercanía durante la alimentación materna formará una base segura para el niño y la niña, la cual le facilitará la exploración del mundo. Esta interacción sensorial y corporal temprana impactará “[...] en la vida psíquica del sujeto y en el desarrollo de su

vida como adulto, ya que de esta primera relación surgirán las bases con las que este se relacionará y creará vínculos afectivos en el futuro” (p.13).

3.1.4 Beneficios de la lactancia materna en las madres.

Aguilar, Baena, Sánchez, Guisado, Hermoso y Mur (2016) comentan que la lactancia materna posee múltiples efectos positivos en la salud de las mujeres, de esta manera, se dice que:

Uno de los más inmediatos es la reducción del riesgo de hemorragia posparto, ya que la succión del bebé estimula la producción de oxitocina, que actúa provocando la salida de la leche y la contracción del útero. De esta forma, las mujeres que inician LM de forma temprana presentan también un menor riesgo de anemia posparto (p.488).

Hernández y Lozada (2016), comentan, que con respecto a la retención de peso en el posparto (RPP), no hay evidencias de gran peso científico que relacione la lactancia materna directamente con la RPP, lo cual es importante porque se ha visto que la RPP puede aumentar el riesgo de obesidad en las mujeres. Dichas autoras refieren que:

La etapa del embarazo al igual que el posparto son un periodo crítico para el cambio de peso y el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad en las mujeres. Existe aún dificultad para poder afirmar que la LM tiene un efecto en RPP. Evidencia reciente apunta a que el efecto de la lactancia en la prevención del sobrepeso y la obesidad en mujeres sea a través de una LM de mayor intensidad y duración (p.44).

Mazariegos, Colmenares y López (2016), explican que durante el embarazo las mujeres tienden a acumular mayor cantidad de grasa visceral y en la región suprailíaca, sin embargo, si la mujer decide dar lactancia materna a su hijo o hija, existe mayor movilización de la grasa, lo que previene la retención de peso posparto e inclusive años después de haber dado a luz. Adicionalmente, y por este mismo motivo, además de valores menores de glucosa en ayuno o mejor sensibilidad y secreción a y de la insulina, así como, menor presión arterial, calcificación coronaria y engrosamiento de la íntima media carotídea, existe un menor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

En concordancia con lo expuesto con anterioridad, Aguilar, Baena, Sánchez, Guisado, Hermoso y Mur (2016) indican que las mujeres que dan pecho, posee, además, parámetros metabólicos normales, de elementos como lo son los lípidos y lipoproteínas atrogénicas, ácidos grasos libres (AGL), leptina (biomarcador de resistencia la insulina) y HDL-colesterol, hecho que contribuye a estos beneficios.

Por otro lado, Torres y Unar (2016) afirman que existe evidencia científica de peso que apoya el hecho de que la lactancia materna disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y cáncer de ovario. Aumentado el efecto protector si la lactancia es mayor a 12 meses para lo que respecta al cáncer de mama y con respecto al cáncer de ovario, este es independiente de la paridad.

De Castro y Place (2016) añaden a todos estos beneficios, la menor incidencia de depresión posparto o síntomas asociados, como miedo o desaliento, que en muchas

ocasiones surge debido a sentimientos de ineficacia o falta de confianza materna, ya que posiblemente no iniciaron o hubo una interrupción temprana de la lactancia materna.

3.1.5 Beneficios de la lactancia materna en la familia.

Con respecto a los beneficios que puede obtener la familia gracias a la lactancia materna, algunos autores refieren aportes como el siguiente:

La LM [Lactancia Materna] tiene beneficios económicos y ambientales para la familia porque no tiene que comprarse y en las instituciones de salud evita el gasto de recursos para atención de patologías infantiles. Para algunas madres cabeza de familia que viven del subempleo, el ausentismo laboral de las primeras semanas después del parto, puede generar un aumento de gastos, sin embargo, a largo plazo la comodidad y los beneficios de la LM, la estimulan para continuar con ella y la LM disminuye el ausentismo laboral de la madre porque no deben cuidar al hijo enfermo. (Muñoz, De las Mercedes, Cubides, Rodríguez, Tapasco, Marín, Sánchez, Ocampo, y Zapata, 2017, p.45).

En la actualidad, son más mujeres las que se suman a la fuerza laboral, aspecto que puede significar un reto para las familias de los lactantes. Sin embargo, como se describe anteriormente, a largo plazo los beneficios económicos y de salud del niño y la niña, superan las dificultades que puedan presentarse ante estas familias en el ámbito laboral. Por esta razón se han creado en el país diferentes leyes que protegen los derechos de las madres y los niños y niñas, para que puedan recibir lactancia materna.

Por otro lado, uno de los beneficios que brinda el proceso de amamantamiento a la familia es el fortalecimiento de los vínculos afectivos entre el niño y sus padres, aspecto que tiene incidencia en su futuro desarrollo físico y emocional (Urquiza, 2014).

3.1.6 Beneficios de la lactancia materna en la sociedad.

En cuanto a los beneficios que se reportan a la sociedad, la lactancia materna mejora en gran medida las condiciones de salud de los niños y las niñas, lo que reduce la prevalencia y la incidencia de las enfermedades más comunes para esta población. Todo esto se traduce a largo plazo en una reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil (Minagawa, Fujimori, Teixeira, Simões, Vilela, y Borges do Nascimento, 2017).

Autores como Castillo, Rams, Castillo, Rizo y Cádiz, (2009), refieren que la lactancia materna genera menos gastos económicos para los países, como lo describen a continuación, mejora la economía:

Por concepto de utensilios, gastos en la agricultura e industrialización de la leche artificial; (...) desde el punto de vista nacional se elimina el empleo de divisas para la importación de leches, el abastecimiento y almacenamiento en hospitales, se eliminan los gastos por cuidados hospitalarios, derivados de las enfermedades diarreicas y del aumento de los servicios para la planificación familiar (p.7).

La promoción de la lactancia materna beneficia especialmente a aquellas personas con ingresos más bajos, sobre todo en países donde no existe un sistema de salud con enfoques preventivos de enfermedades, sino meramente curativos (Castillo, Rams, Castillo, Rizo y Cádiz, 2009). Esto tomando en cuenta las condiciones en las que viven, sus

contextos socioculturales y económicos, además, Castillo, Rams, Castillo, Rizo y Cádiz, (2009) con relación a esto refieren que “las capas sociales más altas, a pesar de que tampoco amamantan a sus bebés, su modo de vida elevado les permite mantener mejores condiciones higienico-sanitarias y dietéticas” (p.8). En este sentido, los determinantes sociales de la salud retoman un rol protagónico en el proceso.

3.1.7 Beneficios de la lactancia materna para el medio ambiente.

La lactancia materna genera múltiples beneficios en diferentes contextos y personas, como se ha podido demostrar anteriormente. Por otra parte, es conocido que, como refieren Muñoz, et al., (2017) “la alimentación artificial genera efectos negativos sobre el medio ambiente con la producción, almacenamiento, transporte, evacuación de envases y otros desechos o residuos tóxicos utilizados para la elaboración del producto” (p.45).

Autores como Linnercar, Gupta, Dadhich&Bidla, (2014) indican que la lactancia materna colabora con el medio ambiente, ya que no requiere el uso de los recursos naturales finitos del mismo ni genera residuos que contaminan. Por otro lado, la producción de las fórmulas lácteas generan elementos, como lo son, el plástico, el aluminio, el papel, el plomo y el cadmio, poco compatibles con el entorno desde fabricación, transporte, venta y eliminación, y que gracias a la producción de gases, como el dióxido de carbono, metano y óxido nitroso, a la postre acelera en cambio climático. A esta producción se suman efectos indirectos como lo son, la deforestación, la pérdida de bosques y humedales, biodiversidad y fuentes de agua para consumo humano.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (citada por Linnercar, Gupta, Dadhich&Bidla, 2014) se dice que:

En promedio, las emisiones de GEI (gases del efecto invernadero) vinculados con la producción, el procesamiento y el transporte de la leche a nivel mundial son de 2,4 kg de CO₂eq por kilogramo LCGP (leche corregida a su contenido de proteína y grasa) a la puerta de la finca. Adicionalmente, se explica que, en el año 2007, a nivel global, se produjeron 553 millones de toneladas de leche que a su vez generaron 1328 millones de toneladas de CO₂eq de GEI. De igual forma, a nivel mundial, de cada 100 kg de leche cruda producida y procesada, solo se utilizan 20 kg (20%). para producir leche en polvo que conduce a formación de 2,2 kg de leche en polvo. Esto quiere decir que por cada 1 kg de leche en polvo producida y procesada se emiten 21.8 kg de CO₂eq de GEI (p.13).

En cuanto a la cadena de producción de leche y el agua que es utilizada directamente para esta finalidad, en tareas como lo son la limpieza de la sala de ordeño y del equipo utilizado en la misma, además, de la preparación de vacas para ordeño, el preenfriamiento de leche y las instalaciones para el personal de la industria. Se estima que se utiliza un límite superior de 82.620 litros de agua y un límite inferior de 74.698 litros de esta fuente natural, por cada 1000 cabezas de ganado. Además, para realizar un solo litro de leche se necesitan 800 litros de agua. Esto sin mencionar el gasto de esta recurso en el hogar, mediante actividades como lo son la preparación de la leche y la limpieza de los utensilios para su consumo (Linnercar, Gupta, Dadhich&Bidla, 2014).

La huella hídrica media global de la leche entera de vaca es de unos 940 litros de agua por kilo de leche. Un kilo de leche entera permite realizar unos 200 gramos de leche en polvo. Así que, la huella hídrica de la leche en polvo es de 4700 litros de agua por kilo de leche en polvo (Linnercar, Gupta, Dadhich&Bidla, 2014, p.15).

Además, es vital destacar que según, Coutssoudis y Coovadia (citados por Linnercar, Gupta, Dadhich&Bidla, 2014) que en Estados Unidos “[...] más de 32 millones de kW de energía se utiliza cada año para el procesamiento, envasado y transporte de fórmulas lácteas y 550 millones de latas, 86,000 toneladas de metal y 364,000 toneladas de papel son arrojadas a los vertederos cada año” (p.15). Se sabe que muchas veces se debe importar los productos ligados a la formación de las fórmulas lácteas, lo que se traduce a requerimientos de combustible y energía para transporte alrededor de todo el mundo (Linnercar, Gupta, Dadhich & Bidla, 2014).

De manera contraria si se promueve la lactancia materna por medio de la sensibilización hacia la importancia de este recurso infinito, gratuito y completo, se evitarán todas estas acciones en contra del medio ambiente y de las personas que habitan en este. Para lograr este objetivo se debe contar con el apoyo a nivel individual, familiar y social. En adición, a nivel político, tanto en los sectores regionales, nacionales e internacionales deben sumarse a la planificación de estrategias que promuevan estas prácticas.

3.2 Conceptos vinculados con la lactancia materna en etapas tempranas

3.2.1 Preparación para la lactancia materna.

Aguayo et al. (2004) mencionan que la educación prenatal de la madre y su pareja, durante el embarazo asociada a los aspectos teóricos y prácticos de la lactancia materna mejora el desempeño de dicha actividad. La idea es que, en estas consultas, los profesionales traten temas como lo son el “contacto precoz, inicio inmediato, comportamiento del bebé, horario a demanda, postura correcta, calostro y subida de leche, evitar suplementos y chupetes, problemas de los primeros días (pezones dolorosos, grietas, ingurgitación mamaria) y cómo resolverlos” (p.174).

La UNICEF Venezuela (2005) explica que, el éxito de la lactancia materna está condicionado por múltiples factores como lo son la actitud positiva de la madre, los estímulos sensoriales, auditivos, visuales y olfativos, el nivel de sensibilización, el conocimiento de los aspectos técnicos de este proceso, el ambiente físico y psicológico que rodea a la díada madre-recién nacido, entre otros.

Con respecto a la actitud positiva de la madre, esta se relaciona con su percepción sobre la lactancia materna Gutiérrez y Marín (2017) quienes realizaron un estudio en Costa Rica sobre la lactancia materna, mencionaron lo siguiente:

[...] el significado que las madres participantes le otorgan a la experiencia de la lactancia materna tiene relación con su vivencia personal al interactuar con su familia y por la información que recibieron del personal de salud durante el control

prenatal. Situaciones similares han sido también señaladas en otros estudios que se han realizado en el tema de lactancia materna y maternidad, donde señalan que el apoyo familiar y el asesoramiento brindado por las instituciones de salud son esenciales para que la práctica de lactancia materna sea exitosa influyendo sobre su significado (p.15).

3.2.2 Conceptos sobre anatomía y fisiología de las glándulas mamarias en la mujer y su papel en la lactancia materna.

Según Weiland, London, Moberly y Olds (2006), las glándulas mamarias, son glándulas sebáceas especializadas constituidas por tejido glandular, fibroso y adiposo, estas poseen una forma cónica y son casi simétricas, se encuentran a ambos lados del tórax. Además, están constituidas por los músculos pectoral mayor y serrato anterior, los ligamentos de Cooper, son los que sostienen las mamas, y se extienden desde las fascias profundas del tórax hasta la piel de la glándula mamaria.

Estos mismos autores explican que, en el centro de cada mama se encuentra el pezón, que es una protuberancia de 0.5 a 1.3 cm de diámetro, conformada por un tejido eréctil, que se vuelve un poco más rígido durante el ciclo menstrual, la excitación sexual, el embarazo y la lactancia materna. El pezón, está rodeado por la aréola que mide de 2.5 a 10 cm de diámetro y está pigmentada. Ambas partes de la mama son rugosas, ya que están compuestas por unas pequeñas papilas denominadas tubérculos de Montgomery. Es importante destacar que “cuando el lactante succiona, estos tubérculos secretan una sustancia grasa que contribuye a lubricar y proteger las mamas” (Weiland et al., 2006, p.30).

En el tejido glandular de la mama existen grupos de 15 a 24 lóbulos separados por tejido fibroso y adiposo, cada uno de estos posee varios lobulillos formados por alveólos, que se encuentran alrededor de pequeños conductos. Estos conductos de los lobulillos secretan los distintos elementos que incluye la leche, y finalmente convergen en los conductos galactóforos de mayor tamaño, que desembocan en la superficie del pezón como poros (Weiland et al., 2006). Para complementar la idea anterior, Aguayo et al.(2004) añaden que los lobulillos están rodeados de una red capilar, con abundantes células plasmáticas, que aportan a la leche inmunoglobulinas, además, la leche es secretada de forma continua a la luz alveolar, donde se almacena entre las tomas hasta la siguiente succión.

Cristaldo y Arolfo (2014) explican que para que se produzca la leche materna, las glándulas mamarias pasan por tres etapas características, las cuales son: mamogénesis o desarrollo mamario, lactogénesis, galactogénesis o iniciación de la secreción láctea y lactopoyesis o galactopoyesis o mantenimiento de la secreción. Durante la primera etapa que implica el crecimiento de la glándula mamaria se toma en cuenta el desarrollo embrionario, puberal y gravídico, desencadenando en la última de estas etapas el aumento en la cantidad de conductos y lobulillos y el tamaño del tejido mamario por acción directa de hormonas como lo son la progesterona, adenocorticotrofina (ACTH), tirotrófina (TSH).

En el caso de la segunda etapa se explora la formación de la leche materna, eso se debe a la acción de las células secretoras que utiliza componentes de la sangre como el agua, glúcidos, vitaminas, minerales, entre otras sustancias, además, de los depósitos de tejido adiposo adyacente, para lograr la composición necesaria de este fluido vivo. Por la

acción de diversas hormonas que cambian sus niveles en el organismo luego de la salida de la placenta, se mantiene la eyección de la leche materna, contando con la colaboración de las fibras musculares que se contraen y comprimen los alvéolos. Y la tercera etapa, se ve mayoritariamente influenciada por la prolactina y el estímulo de succión constante por parte del bebé (Cristaldo y Arolfo, 2014).

Para complementar las ideas anteriores, se dice que, durante la gestación, la concentración de algunas hormonas femeninas varía, lo que, como consecuencia, prepara las glándulas mamarias y esto desencadena la producción de leche materna. En específico, disminuye la cantidad de estrógenos y progesterona y aumenta la secreción de prolactina, además, de otras hormonas coadyuvantes. Es de esta manera que se estimulan las células epiteliales (o alveolares) de la mama y las células mioepiteliales que rodean las paredes de los conductos son contraídas, generando la salida de la leche. Otro elemento involucrado en la producción de la leche humana es la succión que ejerce el recién nacido o bien el llanto o pensamientos ligados al niño o niña, las contracciones uterinas, el incremento de los loquios y el orgasmo sexual. Este proceso es denominado subida o eyección refleja de la leche y está relacionado con una sensación de escozor u hormigueo en la madre (Weiland et al., 2006).

Por el contrario, hay situaciones que pueden disminuir la lactogenia, como lo son, la pérdida de confianza, la vergüenza o el dolor en la madre, inclusive la acumulación de la leche en la mama, ya que presiona los alvéolos y suprime la secreción. Vale la pena decir, que una vez establecida la lactancia materna, disminuye la prolactina, y la oxitocina y la

succión, mayoritariamente, facilita la producción de este alimento a largo plazo (Weiland et al., 2006).

En cuanto al dolor que puede generarse debido al amamantamiento, se dice que al iniciarse el proceso de succión del lactante de los conductos galactóforos, la congestión vascular de la zona y la compresión brusca de un pezón en erección y debido a la sensibilidad extra vinculada con el nivel de estrógenos, que disminuyen luego de las primeras 24 horas siguientes al parto, es posible que se incrementen estas sensaciones de discomfort, para activar el mecanismo de liberación de la oxitocina y prolactina. Según lo anterior, se dice que “muchas madres encuentran alivio 'ablandando' los pezones con sus dedos unos minutos antes de la toma, ordeñando un poco de leche para descomprimir, o alternando calor y frío local antes de la toma” (Aguayo et al., 2004, p.46). Se debe comentar a las madres que esta sensibilidad cesará muy pronto.

Towle (2010), describe la producción de los diversos tipos de leche materna de la siguiente manera:

Las concentraciones de estrógenos y progesterona disminuyen aproximadamente una semana después del parto, como consecuencia de lo cual se interrumpe la producción de calostro por las glándulas mamarias y comienza la de leche madura. Las glándulas producen leche conforme se va retirando leche de la mama por la succión del lactante. La producción de leche disminuye cuando la mama está repleta (p.88).

Como bien anotan Weiland et al. (2006) durante el embarazo los estrógenos y la progesterona provocan cambios en las glándulas mamarias, en concreto se dice que:

Las mamas crecen y se vuelven más nodulares conforme aumenta el número y el tamaño de las glándulas como preparación para la lactancia. Las venas superficiales se hacen más prominentes, los pezones se vuelven más eréctiles y las aréolas se oscurecen. Los folículos de Montgomery (glándulas sebáceas) se dilatan, y pueden aparecer estrías gravídicas (marcas rojizas de estiramiento que van adquiriendo lentamente un color plateado tras el parto). Durante el último trimestre puede salir calostro, una secreción amarillenta rica en anticuerpos, de las mamas, ya sea espontáneamente o al exprimirlas (p.172).

Como parte del proceso del embarazo existen cambios subjetivos o de presunción; cambios objetivos o probables y cambios seguros o diagnósticos, sin embargo, refiriéndose a los que ocurren en las mamas, se sabe que desde el comienzo del embarazo es frecuente que exista “dolor y sensación de hormigueo, aumento de la pigmentación de las aréolas y los pezones, y cambios en las glándulas de Montgomery. Las venas se vuelven también más visibles y forman un patrón azulado bajo la piel” (Weiland et al., 2006, p.177). También, “los pezones y las aréolas se pueden oscurecer y puede aparecer la línea negra” (Weiland, London, Moberly y Olds, 2006, p.179). La madre puede producir calostro después de la semana 12 de embarazo (Weiland et al., 2006).

En muchas ocasiones se ha creído conveniente explorar las mamas durante el embarazo para diagnosticar y tratar alteraciones de los pezones que pudieran ser un

obstáculo durante la lactancia. Ya que estas medidas no siempre generan los mejores resultados, como bien lo indican Aguayo et al. (2004):

[...] se ha comprobado en varios estudios clínicos que los tratamientos utilizados habitualmente (“pezoneras” formadoras del pezón, ejercicios de estiramiento) no son efectivos y no mejoran los resultados de la lactancia, de modo que la exploración sistemática de los pechos durante el embarazo con este objetivo no está indicada. Algunos autores sugieren que puede ser incluso contraproducente por disminuir la confianza de la mujer en su capacidad para lactar al informarla de las alteraciones de sus pezones (p.175).

Ligado a lo anteriormente descrito, muchas veces existen aspectos físicos que pueden influir en la seguridad de la madre, porque se duda de la capacidad de su propio cuerpo de fabricar leche, aunado a esto Aguayo et al. (2004), indican que, aunque existen formas y tamaños diversos, directamente relacionados con la cantidad de tejido graso y conectivo, en relación a las glándulas, hay escasa relación entre el tamaño de las mamas y la capacidad para producir leche.

3.2.3 Cuidados de las mamas.

En relación a los cuidados de las mamas Weiland et al. (2006), explican que, para aumentar la comodidad, mantener la forma de las mismas y disminuir los dolores de espalda que pueden ocurrir en esta etapa es vital conseguir sujetadores que colaboren con estos objetivos. De esta manera, los mismos deben estar formados por tiras anchas que no pierdan su elasticidad, la copa debe cubrir y sujetar todo el tejido mamario, este debe tener

pliegues u otros dispositivos que permitan que el mismo se acople a los cambios en la circunferencia torácica y finalmente, el pezón debe mantenerse en la línea media entre el codo y el hombro.

En cuanto a la limpieza de las mamas esta debe incentivarse sobre todo cuando se comienza a producir calostro, de esta manera se recomienda, que las costras que se pueden formar sobre los pezones se laven con agua templada y evitar el uso de jabones agresivos que pueden reseca la piel de la zona. La estimulación suave y la exposición de los pezones a la luz y al aire, aumenta la producción de lubricantes naturales y colabora en la formación de una capa protectora en los mismos (Weiland et al., 2006). Towle (2010) describe que la secreción de líquido por el pezón es un fenómeno frecuente y que se considera que extender el mismo sobre este es una manera de lubricar la piel que lo conforma.

3.2.4 Alimentación e hidratación en la madre.

La nutrición constituye un aspecto fundamental antes de la concepción, a lo largo de la gestación y posterior a la misma, ya que esta permite satisfacer las necesidades materna y del niño o la niña. Algunos de los beneficios que menciona Towle (2010) y que están vinculados con la salud de ambos, implican el crecimiento del neonato, la recuperación del peso de la madre posterior al parto, la reposición de reservas nutricionales y la síntesis de leche materna.

En concreto la alimentación y la hidratación son dos elementos esenciales que inician como parte de la preparación antes del proceso de la lactancia materna y continúan durante el resto del mismo. En la lactancia, los requerimientos nutricionales son mayores y se deben

reponer las sustancias nutritivas utilizadas, por ellos la madre que amamanta debe tener una alimentación adecuada. Se sabe bien que la madre:

[...] requiere un mínimo de 550 calorías por encima del valor normal, para garantizar la producción de por lo menos 850 ml de leche diaria que se requieren para alimentar de manera exclusiva al niño o niña, durante los primeros seis meses de vida. (UNICEF Venezuela, 2005, p.6).

Existen hábitos de alimentación que pueden influir en la calidad y cantidad de leche materna. Cristaldo y Arolfo (2014) mencionan que la nicotina puede integrarse en la leche materna y disminuyendo su producción y el humo del cigarrillo puede generar complicaciones respiratorias para el niño o niña, por lo que es recomendable no fumar en este período. Los estimulantes, como drogas, productos químicos, café o bebidas con cola, también, pueden transferirse a la leche y generar un efecto sobre el sistema nervioso del bebé, produciendo inquietud e insomnio. Además, el alcohol puede intoxicar al bebé, por medio de la transferencia del mismo en la leche, por lo que durante la lactancia hay que evitar rigurosamente el consumo de bebidas de alta graduación alcohólica, además, que estos productos disminuyen la producción de leche.

En adición, “conviene recordar además que algunas infusiones de plantas y algunos productos considerados 'naturales' (hojas de consuelda, anís estrellado, semilla de culantro) pueden contener sustancias estimulantes en cantidades no controlables” (Aguayo et al., 2004, p. 228), que a la larga pueden alterar el sistema nervioso del lactante.

Los espárragos, el apio, los alcauciles, las coles, las cebollas, los ajos y muchas especias, otorgan su sabor a la leche de forma apreciable si se abusa de los mismos. Además, los y las bebés pueden resultar alérgicos a algún alimento que consume la mujer, especialmente la leche de vaca, generando así síntomas, como vómitos o malestar, de manera que disminuyen su consumo se revierten los síntomas (Cristaldo y Arolfo, 2014).

Towle (2010) por su parte, escribe que la dieta en la mujer durante el embarazo apenas debe de variar y que la ingesta calórica debe aumentar solamente 300 kilocalorías diarias, además, que la adición de dos porciones de leche y una de carne, aporta las mismas. Y el consumo de 1,5 o 2 litros de agua, leche o zumo, así como restringir la ingesta de cafeína. Johnson (2011) añade que, la ingestión de esta cantidad de calorías debe darse durante el segundo y tercer trimestre, sobre todo, en cuanto a la ingestión de carbohidratos y proteínas esta debe aumentar levemente y la grasa debe permanecer en cantidades que no superen el 30% de la ingestión diaria. Es vital aumentar el consumo de minerales como lo son el calcio, fósforo, yodo, sodio, zinc, magnesio y hierro, además de vitaminas hidrosolubles y liposolubles.

Según Towle (2010) y Johnson (2011) durante la gestación y el periodo puerperal, se recomienda el consumo de fibra, verduras, frutas y agua para evitar el estreñimiento, además, se dice que el personal de enfermería debe recomendar a “[...] la madre que amamanta que aumente su ingesta calórica en 500 kcal diarias y beba cuatro vasos más de líquido (1.000 ml) y consuma 65 g de proteína y 1.000 mg de calcio” (Towle, 2010, p. 241) Finalmente, se recomienda que se consuman complementos vitamínicos de hierro durante tres meses.

Por otro lado, Grande y Román (2014) explican que, para determinar los requerimientos de energía, se deben tomar en cuenta si la mujer decide amamantar o no, cuál fue su estado nutricional antes del embarazo, cuál fue el incremento de peso durante la gestación para definir la recomendación de calorías totales. De este modo, si la mujer amamanta, es probable que posea un peso extra de cuatro kilogramos con respecto a su peso preconcepcional, por lo que se recomienda incrementar 500 calorías, con el fin de que se produzca un descenso paulatino de peso sin alterar el estado nutricional.

En el caso, de una mujer que decida amamantar y posea un peso residual postparto inferior a los 3 kilogramos, se indicará una adición energética de aproximadamente 750 kilocalorías para lograr una adecuada lactancia que no impacte en el estado nutricional de la mujer. Finalmente, si el peso preconcepcional es excesivo, se aprovechará el amamantamiento para inducir un descenso de peso, por lo que no se realizará adición calórica a la dieta normal (Grande y Román, 2014).

Grande y Román (2014) comentan que durante el periodo postparto una de las particularidades fisiológicas más comunes es la hipomotilidad del tono gastrointestinal y de la pared abdominal, además, del estrés vinculado con el cuidado del niño y la niña, sin embargo, esta situación cesa a partir de la segunda semana postparto. De esta manera se recomienda consumir alimentos ricos en fibras, crudos o cocidos, y abundantes líquidos.

Otro detalle primordial es el consumo de calcio, pues durante la lactancia, existe una pérdida significativa de este mineral. Es por esto que se recomienda el consumo de 4 a 5 porciones de alimentos (leche, yogur y queso). El consumo de calcio, debe ir acompañado

por el aporte de vitamina D, indispensable para su absorción. Esta vitamina se puede incorporar al organismo tras la exposición solar y por medio alimentos que la contengan (Grande y Román, 2014).

El hierro es un mineral que resulta ser indispensable, tanto en la gestación, debido a que el cuerpo de la mujer aporta a la formación de las reservas de hierro del niño o la niña, como durante el postparto, por eventos como la expulsión de placenta, la pérdida de tejidos y loquios, situaciones en las que se producen pérdidas de hierro. Algunos nutrientes ricos en hierro, son las carnes de todo tipo (vacuna, porcina, aves y/o peces) y algunas legumbres. Estos alimentos deben complementarse con alimentos fuentes de vitamina C, como cítricos y vegetales, de manera que faciliten la absorción del hierro (Grande y Román, 2014).

3.2.5 Abuso de sustancias en el periodo prenatal y su relación con la lactancia materna.

Piñuñuri, Mardones, Valenzuela, Estay y Llanos (2015) explican que el abuso de sustancias conlleva un alto riesgo para la madre y la adaptación extrauterina, el crecimiento y el desarrollo, del recién nacido. Ahora bien, existen múltiples y diversas consecuencias del consumo de drogas durante el periodo de gestación, según los factores ligados a la sustancia en cuestión, los cambios en la biodisponibilidad, la fármaco-cinética y la frecuencia de consumo de las mismas. Para comprender de una manera más amplia como actúan estas sustancias en el cuerpo de la madre y su hijo o hija, estos autores nos ofrecen la siguiente descripción:

Al entrar en contacto con la placenta, la mayoría de los fármacos y drogas de abuso son capaces de cruzarla debido a su bajo peso molecular, pudiendo actuar como teratogénicos, afectando el aporte de oxígeno y nutrientes, o causando dependencia en el feto. Además, la placenta e hígado fetal pueden generar metabolitos más activos de la droga de abuso. [...] Por otra parte, debido al aumento en la volemia durante el embarazo, la distribución de las drogas incrementa, pero el flujo sanguíneo hepático permanece constante, llevando a una reducción del metabolismo hepático de algunas drogas, y a una menor velocidad de eliminación (Piññuri, Mardones, Valenzuela, Estay y Llanos, 2015, p.2071).

Evans y Gillogley (citados en Arroyo, Canseco, Castillo y Belmont, 2012) anotan que la exposición del feto a diversas sustancias “[...] convierte al feto en sujeto pasivo de la drogadicción materna y, por tanto, susceptible de padecer síndrome de abstinencia (SA) intraútero, o bien en el momento del parto, cuando cesa el suministro materno de la sustancia al neonato” (p.181).

Los efectos que pueden estar relacionados con el uso de drogas y repercutir de forma precoz son, el estrés fetal, la evacuación de meconio y la posibilidad de su aspiración, la presencia de un Apgar bajo, la prematuridad, el bajo peso para la edad gestacional, la reducción del perímetro cefálico, el aumento de malformaciones congénitas, la fragilidad y las rupturas cromosómicas, los infartos cerebrales, las anomalías en el comportamiento neurológico. De manera tardía, se pueden observar alteraciones en el desarrollo neuromotor y en el comportamiento (agresividad, hiperactividad), retrasos

madurativos y pondoestaturales, además, de una mayor incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante (Arroyo, Canseco, Castillo y Belmot, 2012).

Según Piñuñuri, Mardones, Valenzuela, Estay y Llanos (2015), en el caso de los efectos que causa la cocaína sobre el embarazo, el crecimiento y desarrollo intrauterino y longitudinal del lactante se encuentra la inhibición del apetito que genera a su vez, deficiencia de vitaminas y minerales por malnutrición (ácido fólico, hierro, vitaminas del complejo B), complicaciones cardiovasculares, como la hipertensión, desprendimiento de placenta, aborto espontáneo y parto prematuro.

Según Rossel, Sepúlveda y Salinas (2018), la cocaína posee un metabolito denominado benzoilergocnina (BZE), este:

[...] desencadena fenómenos isquémicos, muerte y licuefacción celular por vasoconstricción sostenida en el sistema nervioso central, intestino y vías urinarias de fetos y recién nacido. En la infancia ello se consolida como desnutrición, microcefalia, variados grados de retardo mental, trastornos de conducta, dificultad en el control de impulsos y déficit auditivo (p.12).

“El efecto deletéreo de la cocaína se expresa en el recién nacido a través de microcefalia, daño auditivo, apneas, convulsiones, infartos cerebrales, malformaciones anatómicas del sistema nervioso o fenómenos disruptivos que afectan intestino y extremidades provocando focomelia, agenesia renal, atresias intestinales” (Rossel et al., 2018, p. 14) .

Otro efecto asociado es el bajo peso, talla y circunferencia cefálica de nacimiento, que genera, restricción del crecimiento intrauterino, menor puntaje en el Apgar, mayor riesgo de ser pequeños para la edad gestacional, accidente cerebro vascular, hipertensión arterial y convulsiones. Finalmente, los hijos o hijas de madres que consumen cocaína pueden tener un perímetro cefálico menor hasta 24 meses de edad, exceso de peso a partir de los 13 meses de edad, mayor riesgo de hipertensión arterial a los 6 años de edad, disminución del estado de alerta, mayor excitabilidad e hipertonía en el primer mes de vida y alteraciones neuroconductuales, como la irritabilidad (Piñuñuri, Mardones, Valenzuela, Estay y Llanos, 2015). Johnson (2011) añade que el consumo de cocaína en el padre, influye en la calidad de los espermatozoides y por ende produce defectos congénitos en los niños y niñas.

Finalmente, se puede decir que “la cocaína tiene un ritmo de excreción más acelerado y aparentemente no hay trazas en la leche materna más allá de 4 días de suspendido el consumo, sin embargo, ésta aseveración proviene de estudios aislados y de baja calidad metodológica” (Rossel et al., p.14).

La marihuana produce un aumento en la ingesta calórica posterior al consumo, lo que a su vez puede causar un parto prematuro (Piñuñuri, Mardones, Valenzuela, Estay y Llanos, 2015). El Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría (2019) señala que otras consecuencias del consumo de marihuana en el embarazo son el aborto, las malformaciones cardíacas, el hipertelorismo y los problemas oculares, la restricción del crecimiento intrauterino y posteriormente, la incidencia de cáncer infantil. En concordancia con lo anterior, se dice que “el tetrahidrocanabinol (THC), metabolito de

marihuana, altera la migración neuronal y morfogénesis del cerebro en etapas precoces del desarrollo [...]” (Rossel et al., 2018, p.12).

También, puede causar letargia e hipotonía al nacer, que se vincula con una puntuación baja en el Apgar al nacimiento, retraso en el crecimiento intrauterino, mayor riesgo de ser pequeños para la edad gestacional, menor peso y talla de nacimiento asociados a exposición durante todo el embarazo o el primer y segundo trimestre y peso aumentado al nacer asociado a exposición aislada durante tercer trimestre (Piñuñuri, Mardones, Valenzuela, Estay y Llanos, 2015).

Otro elemento ligado al consumo de la marihuana es el mayor peso y talla a los 2 años que puede causar un menor perímetro cefálico a los 9 años, mayor peso, talla y menor circunferencia cefálica en la adolescencia, disminución de la capacidad verbal y la memoria a los 4 años, hiperactividad en la edad escolar, dificultad para resolver problemas o actividades que requieren integración visual o atención sostenida durante la adolescencia (Piñuñuri, Mardones, Valenzuela, Estay y Llanos, 2015).

El Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría (2019) explica que entre los 3 y 6 años de edad se puede presentar impulsividad y torpeza en los niños o niñas. A la edad de 7 a 16 años, dificultades en la función ejecutiva, la lectoescritura y la comprensión lectora. Y de 7 a 21 años, estas personas poseen menores resultados académicos, conductas problemáticas y delictivas, inicio de consumo de drogas y mayor riesgo de depresión y ansiedad en el transcurso de este periodo.

En el caso de el paso de las drogas lipofílicas, como la marihuana, hacia la leche materna, se dice que “[...] puede alcanzar 7,8 veces más concentración en la leche que en el torrente sanguíneo y demorar en depurarse de la leche hasta 3 semanas luego de suspendido el consumo” (Rossel et al., 2018, p.14).

En relación al tabaco, Piñuñuri, Mardones, Valenzuela, Estay y Llanos (2015), mencionan que está íntimamente asociado con complicaciones cardiovasculares, como la hipertensión, el aborto espontáneo y el desprendimiento de placenta o la placenta previa. Por otro lado, el abuso de esas drogas, puede producir restricción asimétrica del crecimiento intrauterino, menor peso, longitud y perímetro cefálico al nacer y tendencia a mayor talla, peso y circunferencia cefálica al discontinuar el hábito tabáquico durante el embarazo, en adición, pueden ocurrir retrasos en la talla hasta los 8 meses de vida.

Gulayin (2013) expresa que aún existen muchas interrogantes vinculadas con la influencia del tabaco en la cantidad y la calidad de la leche materna, aunque la cantidad de nicotina que pasa a esta sustancia viva es el doble o más de la concentración plasmática. Existe una correlación sobre los trastornos del sueño en el lactante, una disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca en el niño y alteración en el control autonómico cardiovascular. Aunque es evidente los problemas vinculados al consumo de tabaco, Aguayo et al. (2004) indican que:

Si la madre no puede dejar de fumar, no se debe suprimir la lactancia, ya que sus beneficios superan los posibles riesgos. En estas circunstancias se le aconsejará que reduzca lo más posible el consumo de tabaco, que fume cigarrillos bajos en nicotina, que evite fumar durante un período superior a 2,5 horas antes de la toma

de pecho y que no fume, ella ni ninguna otra persona, en la misma habitación donde está el niño (p.114).

Además, en recién nacidos con madres fumadoras se presentaban mayores valores de temperatura, frecuencia respiratoria y de saturación de oxígeno basales. Durante el posamamantamiento estos eran menores, excluyendo la temperatura. Es bien sabido que el factor protector, la interleuquina-1, se encuentra en un valor inferior en el calostro materno, lo que se puede relacionar con el incremento de infecciones y del síndrome de muerte súbita del lactante (Gulayin, 2013).

El tabaquismo no sólo disminuye el volumen de leche producido, también altera su composición química disminuyendo la concentración de yodo y de grasas en ésta e incrementa los niveles de compuestos policíclicos aromáticos. La deficiencia de yodo es de particular interés porque es la principal causa evitable de daño cerebral y retraso mental a nivel mundial. También disminuyen los niveles de vitamina E y C en la leche. Estas variaciones en las concentraciones de los nutrientes presentes en la leche materna constituyen un riesgo para el lactante (Gulayin, 2013, p.14).

Según, Gulayin (2013), en muchos casos las madres que fuman tabaco suspenden la lactancia por una disminución de producción, la creencia de que la misma es perjudicial para sus hijos e hijas o la presencia de síntomas indeseables en los y las bebés, como los cólicos y los llantos. Se dice que las niñas y los niños expuestos a la nicotina a través de la leche materna, poseen una mayor expresión de receptores para esta sustancia. Asimismo, a largo plazo su exposición produce mayor tendencia a practicar el hábito en la adolescencia, dicha relación podría deberse al sabor diferente que adquiere la leche materna. Ligado a los

efectos a largo plazo, Aguayo et al. (2004) describen que existen problemas derivados de la exposición pasiva al humo de tabaco, lo que puede aumentar el riesgo de presentar infecciones respiratorias, tos y asma.

El alcohol es una sustancia que en palabras de Piñuñuri, Mardones, Valenzuela, Estay y Llanos (2015), produce una deficiencia de vitaminas, sobretodo del complejo B, y minerales ligada a su vez con complicaciones cardiovasculares, como la hipertensión, la depresión y el aborto espontáneo. Otro efecto es el retardo de crecimiento intrauterino, que se traduce en un menor peso, talla y circunferencia cefálica al nacer. Y, por último, se relaciona con una talla, peso y circunferencia cefálica menores hasta los 6 años.

Morales, Amerio, Valiero y Sosa (2012) anotan que el alcohol genera una disminución de la secreción de oxitocina y aumento de la producción de prolactina. Este cambio en la cantidad de oxitocina produce posteriormente una disminución de la producción de leche y latencia en la eyección láctea. Es por esto que las y los lactantes ingieren menor cantidad de leche en las 4 horas siguientes al consumo de alcohol en la lactancia materna. También, se relata que “estudios animales demostraron reducción del contenido proteico, triglicéridos, colesterol y ácidos grasos en los recién nacidos que podrían estar asociados a los reportes de alteraciones motoras y conductuales en el recién nacido” (p.139).

Aguayo et al. (2004), anotan que la cuando cierta cantidad del alcohol ingerido por la madre se mezcla con la leche materna, esta cambia el sabor y el olor de la misma, lo que puede provocar que exista un rechazo de la misma. Ya que el consumo de alcohol puede generar múltiples efectos negativos que pueden desequilibrar el estado de salud del

lactante, se recomienda que, idealmente, la madre no consuma esta sustancia, o bien que no lo haga tres horas antes de amamantar y además, que limite la cantidad a un máximo de 0,5 g/kg de peso corporal materno (para una mujer de 50 kg de peso equivale a unos 200 cc de vino, 500 cc de cerveza y 30 cc de licor).

3.3 Conceptos y prácticas vinculadas a lactancia materna que deben ser implementadas en el periodo postnatal

3.3.1 Cuidados del recién nacido.

Durante las primeras semanas de vida, la adaptación del recién nacido a su nuevo entorno puede significar un reto para sus padres y encargados. Para favorecer la adaptación del recién nacido a su entorno, se debe procurar mantener un ambiente tranquilo, libre de humo e iluminación o ruidos molestos (De Lucas et al., 2015). Además, las necesidades básicas de cuidados que deben ser cubiertas son: sueño, afecto, alimentación, baño, vigilar sus excretas de orina y heces, entre otras. El llanto en los niños es una reacción que ayuda a identificar esas necesidades, por lo que, con el tiempo, los padres y encargados del cuidado del bebé aprenderán a interpretar esta señal (UNICEF Uruguay, 2005).

El llanto en un recién nacido puede deberse a múltiples razones. Es posible que la aparición de cólicos provoque esa respuesta en el niño o la niña, por lo que no se recomienda darle remedios caseros ni medicamentos. Se insta en cambio a aplicar medidas físicas como colocar a él o ella boca abajo sobre los hombros y el pecho de su madre, padre u otro familiar. Luego, arqueando la mano, darle pequeños y suaves golpes desde su espalda baja hacia su espalda alta, con el fin de ayudar a que elimine gases o cólicos

(UNICEF Uruguay, 2005). Además, deben continuar la lactancia con normalidad, cambiar de posición al lactante colocándolo boca abajo y darle masajes suaves a nivel de abdomen, también movilizar sus piernas en círculos mientras están dobladas sobre su abdomen (Alonso et al., 2014).

El llanto también puede ser un signo de hambre, sueño, incomodidad, humedad por el pañal sucio, enfado, tensión, exceso de estímulos, falta de sensación de afecto, presencia de dolor, entre otros (Alonso et al., 2013). Es importante recordar que, si se han tratado varias opciones como cantarle para que se calme, cambiarle los pañales, alimentarlo, sacar los cólicos o gases, cambios de posición, pequeños paseos, baños, y ninguna de estas opciones parece funcionar, es recomendable consultar con un profesional en salud sobre todo si hay signos de fiebre alta. Otra opción es pedir ayuda a algún familiar para el cuidado del bebé y por más difícil que parezca, tratar de mantener la calma, recordando que el llanto es para los recién nacidos su única forma de expresar lo que no pueden comunicar con palabras (UNICEF Uruguay, 2005).

Para manipular al recién nacido, se recomienda siempre que la persona coloque una mano, con los dedos lo más extendidos posible, de manera que sostenga la cabeza y los hombros del bebé, mientras que la otra mano estará colocada a nivel de glúteos. Esto brindará un mejor soporte, seguridad y confianza al momento de manipular al niño o la niña (De Lucas et al., 2015).

Con respecto al baño, se debe procurar evitar la pérdida de calor en el lactante, por lo que, durante los primeros días, se puede realizar únicamente limpieza diaria y baño cada

2 o 3 días dependiendo del lugar en el que viva el recién nacido. Se dice que “el baño corporal total no suele ser necesario en el recién nacido. Sin embargo, es conveniente una limpieza extensa para retirar los restos de sangre y secreciones” (Doménech, González & Rodríguez, 2008, p.25). Para el baño se puede utilizar agua tibia y jabón neutro, también se puede lubricar la piel con crema especial para bebés (López, 2014).

Segovia, Vidal, Sanchos y Garzón (2007) mencionan que la piel del neonato posee unas características especiales, ya que la capa externa de la misma está poco desarrollada por lo que presenta mayor pérdida de calor y una mayor absorción de cremas y medicamentos tópicos, carece de pilosidad y está compuesta de una especie de pelusa, denominada lanugo, y además, se descama fácilmente (usualmente en las manos y pies) ya que no está muy hidratada; por lo que hay que tener en cuenta estas características en el cuidado diario.

Estos mismos autores, recomiendan realizar el baño en el recién nacido por inmersión, pues justifican que es más relajante y placentero para los bebés, sobre todo si se realiza cerca de la noche, por lo que es muy probable que esta actividad ayude a que el bebé duerma y descanse mejor, al igual que sus padres. Es importante realizar el baño en el menor tiempo posible, con el propósito de evitar que se dé una considerable pérdida de calor en el lactante (UNICEF Uruguay, 2005).

Para llevar a cabo el baño en el bebé, la mejor herramienta son las propias manos muy bien lavadas previamente, pero se puede utilizar gasa o algún otro descartable. Si el niño o la niña se pone nervioso, la madre puede hablarle y acariciarle para calmarlo,

mientras le vierte agua con la mano por todo el cuerpo. Se recomienda también limpiar la zona genital en caso de que se realice baño por inmersión, para no contaminar el agua que se utilizará (Segovia et al., 2007).

Se debe comenzar por la cabeza, limpiando la cara, ojos, orejas y los pliegues del cuello. La cara se lava únicamente con agua y la lengua con una gasa húmeda, también limpiar la nariz. Luego, se lava el cuello, cuerpo, brazos, axilas, pecho, espalda, piernas, pies. Se deben lavar y limpiar las manos y los pies, incluyendo la zona interdigital. (Segovia et al., 2007; UNICEF Uruguay, 2005).

Posteriormente, se lava la zona genital siempre de delante hacia atrás, tanto en niños como en niñas. En las niñas, la vulva debe limpiarse de adelante hacia atrás sin devolverse. En los niños, no se recomienda retraer el prepucio, a menos que haya una indicación por parte de un profesional en salud, por lo que se puede limpiar únicamente por fuera; de lo contrario, con previa indicación de retracción del prepucio, se retrae y se limpia (Segovia et al., 2007; UNICEF Uruguay, 2005; CCSS, 2018).

Finalmente, se seca con una toalla suave sin realizar movimientos de fricción fuertes, sino dar pequeños y suaves golpes, cuidando de secar las zonas interdigitales, los pliegues del cuello, piernas y otros, así como secar bien las axilas, las ingles y los genitales, para finalmente colocarle el pañal y la ropa (Segovia et al., 2007).

En cuanto al cordón umbilical, según la CCSS (2018), el mismo comienza a desprenderse de la piel que lo rodea a los 4-5 días de nacido y, en conjunto con lo que

mencionan Leante et al. (2019), el desprendimiento se da entre el 7° y 10° día de nacido y se ve influenciado por exposición al ambiente, degradación de las células fagocíticas y colonización por bacterias.

El cordón umbilical puede ser limpiado con agua, jabón neutro y posterior a esto mantenerlo bien seco, utilizando gasa o un aplicador, este mecanismo que es conocido como cura en seco del cordón umbilical. Debe limpiarse al momento del baño y cada vez que, cuando se realice un cambio de pañal, el cordón se encuentre sucio. El uso de gasas limpias para cubrir el cordón, exponerlo al aire libre por fuera del pañal, entre otros, no se han confirmado como estrategias realmente útiles, hasta el momento. Es común que se utilicen ciertos antisépticos como el alcohol de 70°, clorexhidina al 4%, entre otros, para la limpieza del cordón con el fin de prevenir infecciones en el ombligo. No obstante, se debe valorar su uso, ya que puede ocasionar irritación en la piel cercana al cordón y retrasar el tiempo en el que se desprenda por sí solo, sin aportar una contribución diferenciadora en el cuidado del cordón umbilical (Leante, et al, 2019).

Si se identifican signos como sangrado, mal olor, enrojecimiento, si aparecen ampollas en la piel cercana al cordón, o si el ombligo aún no se desprende pasado el tiempo recomendado, es recomendable consultar con un profesional en salud inmediatamente (De Lucas et al., 2015; CCSS, 2018).

Por otro lado, la lactancia materna desde la primera hora, favorece el tránsito intestinal en el recién nacido y la eliminación de productos de desecho. Según De Lucas et al. (2015), en los recién nacidos se espera que cada 3 a 4 horas realicen la micción. En los

primeros días la orina puede tener un color naranja oscuro, sin embargo, esto cambiará conforme pasen los días. Con respecto a las deposiciones, al inicio tendrán un color negro y una composición “pegajosa”. Esas primeras deposiciones son conocidas como meconio. Durante las primeras semanas, las deposiciones se vuelven de una coloración marrón verdosa, con una textura granulosa y en algunas ocasiones con presencia de moco. Pasado el tiempo, una vez establecida la lactancia materna, las deposiciones se volverán semilíquidas, grumosas y con una coloración amarillenta.

Con respecto a la prueba de tamizaje, la página web del Programa Nacional de Tamizaje Neonatal Costa Rica (2014-2018) comenta que el objetivo principal de la prueba diagnóstica consiste en “prevenir la discapacidad cognitiva y otras discapacidades provocadas por enfermedades metabólicas hereditarias y trastornos relacionados, por medio de su detección y tratamiento tempranos” (s.p). Además, indica que actualmente el tamizaje neonatal detecta veintinueve enfermedades que se clasifican en cuatro grupos que son: defectos en el sistema endocrino, defectos en el metabolismo, hemoglobinopatías y defectos genéticos.

La prueba de tamizaje neonatal debe realizarse entre las 48 y 72 horas de vida, una vez que el neonato haya recibido alimentación. Se realiza mediante la extracción de cuatro gotas de sangre fresca capilar, usualmente obtenidas del talón. Se considera que no es pertinente realizarlo antes de este tiempo por la posibilidad de falsos positivos (Barrios, 2016, p. 217). Según la normativa de la CCSS (2018), se realiza al 3° día de nacimiento de la niña o el niño, ya sea en los EBAIS (Equipo Básico de Atención Integral en Salud), clínicas y centros de salud tanto públicos como privados. En el caso de los bebés en

condición de prematuridad, se especifica antes el peso y las semanas de gestación. (Programa Nacional de Tamizaje Neonatal Costa Rica, 2014-2018).

3.3.2 Contacto piel con piel.

El contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido entre la madre y el recién nacido, del que habla el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017), favorece la adaptación al entorno, la vinculación entre ambos, la aparición de conductas instintivas para el inicio de la lactancia, la regulación de la temperatura corporal y la disminución del llanto.

Adicionalmente, Gómez y Rivara et al. (citados en Begoña, Díaz, y Velázquez, 2015) explican que otros beneficios añadidos que se obtiene de este acercamiento son, la estabilización de las funciones vitales, la mejora en los niveles de saturación de oxígeno, la disminución la percepción de dolor, la disminución en los niveles de cortisol salivar tras el parto y el aumento en períodos de sueño del bebé.

Herrera (2013) añade dentro de estas ventajas que el contacto piel con piel favorece la colonización del recién nacido por los gérmenes maternos, disminuye los niveles de estrés en el recién nacido, por la disminución de cortisol en sangre, permite una mayor estabilidad cardiorrespiratoria, facilita la regulación térmica, lo que disminuye el consumo energético, disminuyendo el riesgo de hipoglucemia y mejorando la adaptación metabólica, provoca menor ingurgitación mamaria y menor grado de ansiedad en la madre y favorece el agarre correcto al pecho.

En el caso de la madre, este vínculo estrecho, según Rivara et al. (citado en Begoña et al., 2015) acorta el periodo de alumbramiento, reduce el sangrado postparto, mejora la percepción del parto, reduce de los niveles de estrés, depresión y ansiedad puerperal y aumenta los sentimientos de confianza y competencia por el manejo de sus hijos e hijas.

Bajo esta misma línea, Gómez (citado en Begoña et al., 2015), comenta que:

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad: ser aceptado y protegido incondicionalmente. El estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo). El apego también se puede definir como la regulación madre-bebé de las emociones con el objeto de conseguir una autorregulación afectiva, y el perfeccionamiento de ésta da lugar al desarrollo normal. Las respuestas de la madre que calman las emociones desagradables del bebé y las que potencian las agradables, una y otra vez los primeros años de vida, son las que permiten una autorregulación afectiva y hacen posible el desarrollo de un apego seguro (s.p.).

Este contacto debe darse en la primera hora de nacimiento, ya que el niño o la niña tiene acceso directo al pecho materno, está alerta y su reflejo de succión es fuerte e intenso (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017). En este período, ocurre un fenómeno que

aumenta la supervivencia del niño o la niña y que es descrito por Gómez (citado en Begoña, et al., 2015), de la siguiente manera:

Tras el trabajo de parto, madre e hijo están en alerta tranquila, pendientes de lo que pasa a su alrededor. Si se le deja en decúbito prono (boca abajo) entre los pechos desnudos de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores. Pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión de su puño (que conserva el olor del líquido amniótico), huele la piel de su madre (que huele como su puño) y se dirige hacia la areola (que reconoce por su color oscuro y por su olor). Nota el pezón en su mejilla y, espontáneamente, comienza a succionar. El contacto del bebé con la piel de su madre, que tiene aumentada la sensibilidad en ese momento, da lugar a un aumento de la secreción de oxitocina. Es la hormona del comportamiento maternal, que contribuye al acceso de amor hacia el bebé. La madre, con un pico de oxitocina, en alerta, sintiendo a su hijo tan deseado reptar, lamer y succionarla y que la mira fijamente con los ojos abiertos, embelesado, experimenta el momento mágico del establecimiento del vínculo (s.p.).

Herrera (2013), explica que el contacto piel con piel inmediato puede realizarse sin contraindicación si el recién nacido es a término o pretérmino tardío (35-37 semanas de gestación), el líquido amniótico es claro, el niño o la niña respira o llora sin dificultad o si presenta buen tono muscular. En el caso de recién nacidos que presenten alguna dificultad de salud, una vez que este fenómeno sea solventado puede volver con su madre, para que inicie lo más pronto posible esta práctica tan beneficiosa. Es de vital importancia, que

durante este proceso la madre y los encargados del niño o la niña, monitoricen al recién nacido en cuanto al color, los movimientos respiratorios y cardíacos y el tono muscular, durante esta práctica (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

La técnica de mamá canguro se define como el contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre, padre u otro familiar, de forma temprana, continua y prolongada, en conjunto con la lactancia materna y pueden realizarlo cualquier recién nacido, especialmente aquellos nacidos pretérmino sin importar su edad gestacional, así como aquellos con alguna enfermedad. (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2010).

La OMS (2004) describe que la mejor forma de realizar el canguero es colocando al bebé desnudo verticalmente sobre el pecho, igualmente desnudo, de su madre, padre o familiar que realice la técnica. Es necesaria la utilización de una manta que funcione como una faja que brinde soporte al recién nacido, principalmente en bebés prematuros o de bajo peso. Esta tela debe ajustarse sobre todo a nivel del pecho del bebé, sin constreñir su abdomen, posicionándolo a la altura del epigastrio de la madre, y con la fuerza suficiente como para evitar que bebé se deslice de su posición al levantarse la persona. Hay que procurar mantener la cabeza del bebé por fuera de la manta, acomodada hacia un lado, de modo que su cuello no se hiperextienda ni se flexione pues podría afectar su respiración.

La técnica de mamá canguro ofrece distintos beneficios para la díada madre-hijo, entre los cuales destacan:

- Mejor termorregulación.
- Aceleración de la adaptación metabólica.
- Mayor supervivencia.
- Menor número de infecciones (incluidas las nosocomiales).
- Reducción de la estancia hospitalaria.
- Facilitación de la lactancia materna.
- Reducción de los episodios de apnea.
- Aumento de la confianza de las madres en el cuidado de sus hijos
(Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2010, p.145).

El canguero propicia horas de descanso durante el sueño, regula los valores fisiológicos (presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, entre otros) lo que lleva a menos gasto energético y consecuentemente a un aumento de peso; mejora sobre manera el vínculo entre madre e hijos, fortaleciendo la confianza en la madre y la percepción de autoeficacia del rol materno. El canguero desde la primera hora de nacido, estimula el inicio temprano deseado de la lactancia materna, asegurando la continuidad y exclusividad de la misma. (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2010).

3.3.3 Acople del lactante al pecho materno.

Una vez que la madre selecciona la postura para el amamantamiento de su hijo o hija, debe velar por que la alimentación sea de la forma más adecuada, de esta manera, lo que debe observar es el acople que posee el lactante al pecho. Antes de iniciar con la alimentación, se dice que la madre debe colocar a su hijo o hija de manera que su nariz quede a la altura del pezón, seguidamente, debe rozar ligeramente el labio inferior del bebé

con el pezón, esto para lograr que abra su boca y lo tome completamente, por lo que sus labios quedarán en la areola (Weiland et al., 2006).

Como lo indica Towle (2010) el niño o la niña debe abrir la boca, bajar la lengua y acercarse rápidamente a la mama. “Cuando el agarre es adecuado, el pezón y la areola se encuentran en el interior de la boca del lactante, el pezón se sitúa sobre la lengua, y los labios se ensanchan hacia afuera” (p.243). Además, el labio de abajo cubre más areola que el de arriba, el bebé tiene las mejillas redondeadas y cuando se desprende del pecho, el pezón tiene una forma alargada y redonda (Quintero, Roque, De la Mella y Fong, 2014). “Se dice que, si la mama ocluye la vía aérea del bebé, simplemente hay que tirar un poco de la mama hasta que las narinas queden libres” (Weiland et al., 2006, p.692).

Existen elementos que pueden dilucidar que está ocurriendo un mal acople y generando problemas, estos son los ofrecidos por Quintero et al. (2014), los mismos destacan que se trata de llanto, insatisfacción, disminución de peso y escasas micciones. Es relevante decir, que, aunque la succión puede resultar intensa para la madre, esta no debe producir molestias, si ocurren, es recomendable retirar al lactante e intentarlo de nuevo. Para evitar lastimar el pezón de la madre se recomienda insertar con suavidad y delicadeza un dedo en la comisura de la boca del lactante para separarlo de seno y detener la succión” (Towle, 2010).

3.3.5 Frecuencia y cantidad de tomas de leche materna.

En Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017), expone que, la primera toma de leche que

va acompañada del agarre y la succión efectiva y espontánea favorece un mejor acoplamiento de la boca al pecho. Además, el inicio de esta toma en la primera hora de nacimiento, instaurar la lactancia materna prolongada y satisfacción materna, menor pérdida de peso en el niño o la niña y problemas en las mamas. Cabe destacar que la madre debe realizar la extracción temprana del calostro para favorecer el inicio de la lactogénesis.

Se recomienda que:

El recién nacido haga el arrastre al pecho y se agarre espontáneamente en la primera hora durante el contacto piel con piel y, pasado ese tiempo, se debe ayudar para asegurar que el primer agarre se haga en las dos primeras horas de vida. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017, p. 56).

En cuanto al tiempo a esperar hasta la primera toma “se sabe que los recién nacidos sanos no necesitan alimentarse durante las primeras horas aunque sí es conveniente que estimulen y succionan el pecho materno (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017, p. 56).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017) explican que la hipoglucemia que se genera cuando el lactante no se alimenta en las primeras horas de vida es un fenómeno autolimitado y forma parte de la adaptación a la vida extrauterina, ya que los niveles de glucosa se elevan por sí solos en las primeras veinticuatro horas normalmente.

Específicamente, los recién nacidos compensan la hipoglucemia fisiológica a través de la gluconeogénesis, la glucogenólisis y la cetogénesis. Al respecto se menciona que:

Aunque es deseable que el recién nacido se agarre al pecho durante la primera hora de vida, hay algunos que no lo hacen o no succionan adecuadamente. La evidencia sugiere que, en el caso de recién nacidos sanos a término sin factores de riesgo de hipoglucemia, se puede esperar sin intervenir durante las primeras seis horas, ya que los recién nacidos disponen de un mecanismo regulador de la glucemia, por lo que el riesgo de que hagan una hipoglucemia sintomática es muy pequeño (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017, p.58).

La madre debe de ser informada de que la capacidad gástrica del recién nacido es pequeña, de que no necesita preocuparse por el volumen extraído, ya que es adecuado para sus necesidades y que por eso es importante que las tomas sean frecuentes. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017, p. 101). Sin embargo, es vital ofrecerle ambos senos maternos en cada toma al niño o la niña para estimular la oferta y demanda de la leche, según las necesidades de cada uno o una. La madre debe mantener la toma hasta que ella misma se relaje y duerma o el niño muestre signos de saciedad, y hacerlo sin tener en mente la duración (Weiland et al., 2006).

Si la madre da la toma en función del reloj y retira al bebé del pecho antes de que suba la leche, el bebé no tomará la última leche. Como esta tiene mayor cantidad de

grasa y de calorías que la primera, el bebé quedará menos satisfecho, necesitará mamar de nuevo antes y ganará menos peso (Weiland et al., 2006, p.693).

Palacios et al. (2015) anotan que “la capacidad del estómago del recién nacido a término es 30 ml y aumenta hasta 300 ml al año de vida” (p.4). Urquiza (2014) escribe que “el tamaño del estómago del recién nacido es de 5 a 7 ml; al décimo día, la capacidad gástrica es de 45 a 60 ml” (p.172). Towle (2010) por su parte refiere que “un recién nacido a término necesita de 110 a 120 kcal/kg, lo que equivale a unos 600 ml diarios de leche materna [...]” (p.241). Además, “hacia el final de la primera semana de vida, el lactante obtiene entre 60 y 90 ml en cada toma y ha de alimentarse cada 2-4 horas para satisfacer sus necesidades nutricionales” (p.241). Es de esta manera como la capacidad gástrica aumenta gradualmente y los reflejos y habilidades asociadas a la alimentación evolucionan, lo que le permite ingerir mayor cantidad y variedad de alimentos.

Es importante tomar en cuenta los requerimientos energéticos del niño y la niña, de manera general, Palacios et al. (2015) indica que, para menores de 1 año de edad, el agua oscila entre 135 a 150 mL/kg/día durante los primeros 6 meses y de 90 a 130 mL/kg/día entre los 6 a 12 meses. En relación a la energía, se anota que se requieren 105 Kcal/kg/día entre los 0 y 2 meses y 80 Kcal/ kg/día entre los 6 a 12 meses. La proteína debe ser de 2 a 2.5 g/kg/día durante los primeros 0 y 6 meses y de 1 a 1.5 g/ kg/día entre los 6 y 12 meses. Los lípidos requeridos poseen un valor de 4 a 6 g/100 kcal.

Las tomas nocturnas son esenciales, y deben ser practicadas para respetar el principio de lactancia a libre demanda y a su propio ritmo nocturno. Además, durante la

noche hay una liberación mayor de prolactina que las tomas diurnas, favoreciendo, por ende, una mayor producción de leche. Conforme el bebé crece, las tomas nocturnas se van disminuyendo, de manera que tanto la madre como el recién nacido puede dormir más ininterrumpidamente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

3.3.6 Posturas para amamantar.

En lo que respecta a la colocación y las posturas para amamantar lo más importante se vincula con la relación entre la boca del lactante, el pezón y la areola de la madre, así mismo esta debe permitir que la madre se sienta cómoda y segura. Es por esto que existen posiciones sentada o tumbada, por lo que es recomendable que la madre explore cual se ajusta a sus necesidades.

En el caso de que la madre este sentada y para que la toma sea correcta, ella debe mantener la espalda recta y apoyar sus pies en alguna superficie estable, luego llevar al recién nacido cerca del pecho, sujetando la espalda y la cabeza de él o ella. Para corroborar que el lactante está ingiriendo la leche, ha de escuchar una deglución audible (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

Aguayo et al. (2004), recomiendan que, si la madre así lo desea, utilice una almohada y la mano libre para acercar al niño o niña a su cuerpo e introducir el pecho en su boca. A nivel general y según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017):

Es importante que la cabeza esté alineada con el cuello, que la nariz esté a la altura del pezón y que la boca esté bien abierta, tanto para el agarre como durante la toma (barbilla hacia el pecho). Si es necesario la madre puede sostener su pecho por debajo con la mano, teniendo en cuenta que la mano o los dedos deben estar detrás de la areola y no interferir con el agarre del lactante al pecho. (p.60).

La posición del niño con la madre acostada es comúnmente utilizada en las noches o cuando la madre se ha visto sometida a una cesárea, en la misma la se acuesta en decúbito lateral, frente al bebé. De esta manera el cuerpo de niño o la niña queda frente al pecho de su madre. Es importante que la madre apoye su cabeza sobre una almohada doblada, que la cabeza del niño sea apoyada en el antebrazo de la madre y que con su mano libre acerque al niño o niña para introducir el pecho en su boca (Aguayo et al., 2004).

En la realización de la posición tradicional o de cuna, y utilizando las palabras del Aguayo et al. (2004):

El niño está recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo que sujeta al niño, le agarra de la región glútea. Con la mano libre se sujeta el pecho en forma de “C”, y se lo ofrece. Con el pezón estimula el labio superior del niño para que abra la boca, momento en el que acerca el niño al pecho (p.187).

Por otro lado, la posición de cuna cruzada, si bien es cierto es similar a la anterior, se explica que es útil colocar una almohada de tal manera que el cuerpo de niño o la niña quede a la altura del pecho de la madre. De manera concreta, se expone que, en la misma, “[...] la madre sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta, en posición 'U'. La otra mano sujeta la cabeza del niño por la espalda y la nuca” (Aguayo et al., 2004, p.187). Es importante destacar que esta postura permite deslizar al lactante de un pecho a otro sin cambiar de posición.

Durante la posición de canasto o de fútbol americano, “el niño se coloca por debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo del niño rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, sujetándole por la nuca” (Aguayo et al., 2004, p.188). Esta postura es especialmente útil en caso de que la madre fuera sometida a una cesárea o para amamantar dos gemelos a la vez.

Finalmente, en lo que respecta a la posición sentada o a caballito “[...] el niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o bien montando sobre el muslo de la madre. La madre sujeta el tronco del niño con el antebrazo del lado que amamanta” (Aguayo et al., 2004, p.189), y es especialmente utilizada en caso que los senos maternos sean muy grandes, tengan grietas, o reflejo de eyección exagerado, o bien, en los lactantes hipotónicos.

Cuando se logra adquirir una posición cómoda para dar lactancia materna existen beneficios, tanto para el bebé como para la madre. El bebé, evitará bajar de peso y utilizar suplementos para compensar esa pérdida y la madre evitará algunas complicaciones

asociadas a esta práctica, como lo son el daño (dolor y grietas) en los pezones, los conductos bloqueados, la ingurgitación, la inflamación y la mastitis, por ejemplo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

3.3.7 Colecho.

Según, la Subcomisión de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante (2017) el colecho es definido como una práctica en la que el niño o la niña duerme en la misma cama durante al menos cuatro horas, todas las noches, en compañía de su madre u otros miembros de la familia. Esta dinámica, está vinculada con el aumento de la lactancia materna y la disminución de la muerte súbita del lactante, bajo ciertas premisas, que impliquen compartir la cama de la madre por períodos cortos con el propósito de amamantar e incrementar el contacto piel a piel.

El colecho en las madres que amamantan, favorece no solo la instauración de la lactancia materna, sino también, el aumento de las tomas de leche. Pero esta actividad debe realizarse con las precauciones del caso. Los padres pueden dormir en la misma habitación, pero en un espacio aparte del recién nacido, o bien, si deciden compartir el mismo espacio, entonces se recomienda colocar al niño o la niña en posición supina, no cubrir la cabeza del recién nacido, no fumar, consumir alcohol o medicamento que alteren el nivel de conciencia y tener un colchón firme y plano (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017). Además, es importante destacar que:

Cuando el recién nacido está en contacto piel a piel con su madre, puede estar en posición prona sobre el torso materno. En estas circunstancias, se debe cuidar que la cabeza del bebé esté girada hacia un lado con la nariz y la boca desobstruidas y con el cuello no flexionado. La madre debe permanecer despierta y alerta para evitar obstrucciones de las vías aéreas y caídas (Subcomisión de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante, 2017, p. S107).

Es por esto que como indica la Subcomisión de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante (2017) el riesgo de muerte súbita no es inherente al colecho en sí, sino a las circunstancias en las que ocurre. Algunos factores que deben evitarse para poder tener un sueño seguro son, “exceso de abrigo, dormir en posición boca abajo o de costado, presencia de almohadas, almohadones, acolchados, mantas, colchón blando, dejar al niño en una cama sin supervisión de adultos, alimentarlo solo con fórmula, usar nidos de contención o el huevito para el auto en la cama de los padres” (p.S107).

3.3.8 Sueño seguro.

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y la sofocación accidental, están vinculadas en muchas ocasiones con prácticas inadecuadas de sueño, de esta manera Jenik et al. (2015) recopilan una serie de recomendaciones que pueden disminuir estas situaciones. Se ha determinado que el riesgo de SMSL, se duplica en madres que realizan menos de 6 controles prenatales y se triplica si se inician tardíamente. La vacunación, durante el crecimiento del niño y la niña, por su parte, disminuye este riesgo. Además, la interacción del tabaquismo materno o pasivo y la anemia durante el embarazo aumenta el

riesgo del SMSL, y su incidencia es mayor en mujeres que consumen drogas y alcohol. Se debe destacar que el promover la lactancia materna, disminuye el riesgo de SMSL en un 73%.

Latorre, Fernández y Ucrós (2014) anotan que existen otros factores asociados a la madre que no favorecen al niño o la niña, estrechamente relacionados con un ambiente intrauterino no óptimo y agentes externos que impactan en el periodo neonatal. Aparte de los mencionados anteriormente, existen complicaciones obstétricas como la preeclampsia, retardo de crecimiento intrauterino y parto pretérmino que influyen en el SMSL. En cuanto a los factores asociados al lactante, se encuentran la edad, en donde entre los dos y cuatro meses es el pico de incidencia de estas situaciones; el sexo masculino; la raza negra, indios americanos y nativos de Alaska; el bajo peso al nacer, el retraso en el crecimiento intrauterino y apnea; e infecciones respiratorias menores.

Por otro lado, existen factores extrínsecos, se explica que la posición supina disminuye la incidencia del SMSL en más de un 50%, contrariamente, la posición decúbito prona representa un elevado riesgo y la posición decúbito lateral es insegura e inestable. El uso de frazadas, colchas, almohadas, edredones, piel de oveja, chichoneras, nidos, muñecos de peluche, juguetes y otras superficies mullidas durante el sueño se asocian con la sofocación accidental, cuando están debajo del lactante o alrededor de él. Es por esto que el colchón utilizado debe ser firme y de igual tamaño que la cuna (esta debe ser de madera y con barrotes), bajo un ambiente de temperatura moderada y el bebé debe ser cubierto hasta la altura de sus axilas, sujetando la ropa de cama. Si los padres van a dormir, es mejor que

el niño duerma en un ambiente próximo a ellos (cohabitación) sin compartir la cama con ellos (Jenik et al., 2015).

Es importante rescatar que diversas investigaciones concluyeron que las alturas elevadas en combinación con la posición al dormir aumentan el riesgo de SMSL, ya que las bajas temperaturas en las alturas, el menor contenido de oxígeno y las enfermedades respiratorias, aumentan este hecho (Latorre et al.,2014). El uso de chupete en el caso de los niños y las niñas con una lactancia materna bien establecida representa un efecto protector para el SMSL, reduciendo el riesgo al tercio. Finalmente, es recomendable utilizar la silla para el transporte vehicular (huevito) durante el viaje, ya que se han reportado casos de SMSL, obstrucción de vía áreas y traumatismo de cráneo (Jenik et al., 2015).

3.3.9 Chupetes y biberones.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017) explica que el uso de chupetes es actualmente controversial, sin embargo, se dice que no es recomendable dar a los niños y niñas alimentados al pecho, chupetes artificiales, ya que pueden interferir con la lactancia materna al producir confusión de pezón, dificultad para el agarre o disminución en las mamadas, si este es ofrecido al inicio de la lactancia.

Juez et al. (2010) y la CCSS (2018) refieren que el uso de elementos como chupetes, biberones y pezoneras, durante las primeras semanas de vida, brinda una experiencia que difiere completamente de mamar directamente del pezón de la madre. Además, interfiere con la lactancia materna porque puede llevar a una disfunción motora

oral que modifica el patrón de succión-deglución en el lactante, confusión del pezón, aumentar las dificultades para el entrenamiento inicial de la lactancia, y reducir la producción de leche por falta de estímulo en el pezón y la areola, provocando ansiedad en la madre y desconfianza en su capacidad para amamantar.

3.3.10 Extracción y conservación de la leche materna.

La extracción del calostro y la leche humana es una práctica que se realiza para evitar la saturación de la leche en el seno materno, esta se puede realizar manualmente o con ayuda de un extractor. En algunos casos esto debe ser frecuente, ya que algunos recién nacidos realizan pocas tomas eficaces, ya sea porque duermen excesivamente, tiene dificultades realizadas con el agarre del pecho o están lejos de su madre. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

De manera general Ortega (2015) ofrece algunas recomendaciones ligadas a la extracción de la leche materna, que deben ser dadas en los diversos espacios en los que los profesionales sanitarios se encuentran, de esta manera se dice que es vital que:

- La lactancia materna se debe ofrecer a demanda del niño y no imponer horarios.
- Asegurarse que el niño tome el pecho de 8 a 12 veces en 24 horas.
- No ofrecer fórmulas de inicio ni ningún otro líquido.
- La madre debe estar sentada en una postura cómoda, con la espalda recta y los hombros relajados.
- El bebé deberá acercarse a la madre y no al revés.

-Se debe estimular que el bebé abra la boca estimulando el labio superior, el bebé debe tomar el pezón y la mayor parte de la aréola con los labios evertidos.

-La madre deberá observar la deglución de la leche.

-Es normal que el bebé baje de peso los primeros días (p.126-127).

Como lo indica el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017), las mujeres que realizan la primera extracción de leche durante la primera hora tras el parto experimentan antes el inicio de la lactogénesis II, por lo que la producción de la misma es mayor, es importante decir que:

Se debe enseñar a la madre a extraer el calostro colocando los dedos pulgar e índice detrás de la areola presionando suavemente hacia dentro y utilizando ambos dedos para comprimir y liberar el seno rítmicamente hasta que aparezcan las primeras gotas de calostro/ leche. Cuando cesa de salir la leche, se debe mover las manos a otra zona del pecho y repetir el procedimiento, y así sucesivamente moviéndose alrededor de la areola de modo circular. Se deben recoger las gotas de calostro/ leche en una cuchara, jeringa o taza (p.97).

En lo que respecta a la técnica adecuada en general, de extracción y conversión de la leche materna, Ortega (2015) explica lo siguiente:

Lo primero que debe de hacer es higiene de manos, si va a extraer de manera manual, se debe promover la eyección de la leche mediante masaje y frotado del

pecho; posteriormente extraer la leche con movimientos que imitan la succión del bebé empujando hacia adelante y hacia atrás con los dedos a unos 3-4 centímetros por detrás del pezón. Si cuenta con un extractor manual o eléctrico utilizarlo de acuerdo con las recomendaciones del fabricante, manteniendo siempre las medidas de higiene y esterilización del equipo. La leche se debe extraer en envases plásticos (libres de bisfenol A-BPA) o de cristal limpios y estériles (p.127).

Antes de comenzar la extracción, es importante buscar un lugar tranquilo, seguro, contar con el tiempo suficiente (de 15 a 20 minutos), reunir todos los materiales previamente y realizar lavado de manos. Para facilitar la salida de la leche, se recomienda tener pensamientos relacionados al niño, una prenda con su olor u otras estrategias que ayuden en esta etapa. Previo a la extracción con uso de un sacaleches, se recomienda hacer un masaje de la misma manera que para la extracción manual. Para este procedimiento se requiere de tiempo, constancia y paciencia, pues es probable que al inicio no se extraiga leche materna en grandes cantidades. Por esta razón, este proceso es considerado en su etapa inicial como una práctica, pues con el tiempo se mejorará la técnica de extracción (Strain et al., 2017; Gobierno de la Rioja, 2015).

Para realizar la extracción de leche materna utilizando una bomba, Juez et al. (2010) indican una serie de pasos a seguir que se detallan a continuación:

1. En caso de no contar con un regulador de la presión de succión, la madre debe regularla manualmente, evitando una fuerza de succión mantenida por tiempo prolongado.

2. Lavar cuidadosamente todos los elementos de la bomba que han estado en contacto con la leche después de cada extracción, primero con agua fría y luego con agua caliente y detergente.
3. Una vez al día los utensilios deben hervirse por 10 minutos.
4. La frecuencia de extracción debe ser mínimo cada 4 horas. (p. 136)

El tipo de extractor a utilizar, dependerá de las necesidades de las madres y su disponibilidad para adquirirlo. Los extractores manuales, por ejemplo, son ligeros, eficientes, discretos y simulan el ritmo con el que succiona el bebé. Los extractores mini-eléctricos pueden funcionar con electricidad o baterías, son útiles para aquellas madres que deben extraer leche frecuentemente, haciendo el proceso más rápido. Los extractores eléctricos tienen la ventaja de que facilitan la extracción, pues permiten que las manos queden libres, haciendo todo el proceso por ellos mismos y puede hacerse extracción doble o sencilla, son un poco más costosos, pero son útiles a largo plazo. Además, son comúnmente utilizados para uso hospitalario o alquiler en el hogar, son los más recomendados para casos de bebés prematuros, gemelos o hipogalactia, pues su tecnología es más avanzada y se utilizan cuando la extracción debe hacerse frecuentemente y a largo plazo (Gobierno de la Rioja, 2015).

Es importante destacar que para la conservación de la leche esta debe ser etiquetada con la fecha y hora de extracción. Sin embargo, la fecha de caducidad depende del tipo de conservación que haya tenido la leche, así, por ejemplo, la leche al medio ambiente (19 a 26°C) dura de 4 a 8 horas; en el caso de leche en el refrigerador (< 4°C) de 3 a 5 días y en

el congelador (-18 a 20°C), 2 semanas en el congelador dentro del refrigerador y de 3 a 6 meses en congelador independiente (Ortega, 2015).

En el caso de la leche congelada puede descongelarse en el refrigerador o colocándola en un recipiente con agua (baño María) pero nunca exponerse directamente a la flama ni calentar en horno de microondas. La leche descongelada no se debe volver a congelar y deberá usarse lo más pronto posible (Ortega, 2015, p. 127).

3.3.11 Medicamentos compatibles e incompatibles con la lactancia materna.

Según Paricio y Lasarte (2008), con respecto a la compatibilidad de medicamentos en la lactancia materna, comentan que “casi todo lo que se suele prescribir es compatible con la lactancia y que la lactancia, para la mujer y para el lactante, está por encima de la necesidad de muchos medicamentos o remedios que son perfectamente evitables” (s.p.).

En relación con lo anterior, es importante destacar que para que un fármaco afecte directamente al lactante o el proceso de lactancia materna, este debe “interferir con la producción láctea, o bien llegar a la leche a partir del plasma sanguíneo materno”. Se conoce que, “algunos medicamentos pueden disminuir la producción láctea por inhibición de la prolactina. Los medicamentos alcanzan el torrente circulatorio de la madre generalmente a partir de absorción intestinal o por inyección parenteral. Esto no sucede con medicamentos de uso tópico. (Paricio, Díaz, Landa, Sánchez y Escrivá, 2014, p. 239)

En muchas ocasiones, las dosis de medicamentos orales que se prescriben son metabolizadas, en la madre, a nivel de hígado; a su vez, los fármacos administrados vía parenteral son metabolizados, pero una porción de los mismos se mantiene en plasma. Esto hace que las cantidades de medicamento alcancen concentraciones subterapéuticas en leche materna, lo cual representa un riesgo mínimo para el lactante, ya sea por efecto terapéutico del medicamento o por sus efectos adversos. Usualmente, en recién nacidos y en prematuros, las afectaciones principales se dan a nivel gastrointestinal, sin embargo, en recién nacidos pretérmino la capacidad funcional renal y hepática se ve disminuida debido a su condición de prematuridad, lo que podría ser un factor de riesgo importante a considerar en la administración de medicamentos durante la lactancia. (Paricio et al., 2014)

Con respecto a lo anterior, Nordeng, Havnen&Spigset (2012), explican que, en los niños y niñas, la función renal se desarrolla completamente hasta los 6 a 9 meses de vida. Es por esta razón, que los medicamentos que son eliminados vía renal, como por ejemplo el litio, tendrán una vida media más larga en recién nacidos, lo que aumenta el riesgo de acumulación y toxicidad al permanecer más tiempo en su sistema sin ser metabolizados y posteriormente eliminados. Esto hace también que bebés prematuros y niños cuyo estado de salud no es óptimo, sean poco tolerantes y más sensibles al efecto del medicamento.

En este contexto, Nordeng et al. (2012), elaboraron una clasificación sugerida que indica, según su revisión bibliográfica, la compatibilidad e incompatibilidad de la lactancia materna con algunos grupos de medicamentos. Los fármacos que representan un mayor riesgo durante la lactancia y por lo tanto son en algunas ocasiones incompatibles, son los medicamentos citostáticos, sales de oro, radiofármacos y los medios de contraste yodados

iónicos. Además, hay situaciones en las que la continuación de la lactancia debe ser valorada, asesorada y evaluada, si se está recibiendo tratamiento con ciclosporinas, lamotrigina y litio. Los fármacos antipsicóticos, benzodiazepinas, opioides y beta-bloqueadores pueden ser utilizados con precaución durante la lactancia, pues su riesgo es leve.

De igual manera, Nordeng et al. (2012) comentan que algunos de los grupos de medicamentos que pueden ser usados durante la lactancia y que representan un riesgo mínimo, son los antihistamínicos, la mayoría de los antidepresivos, antiepilépticos, las pastillas anticonceptivas con progestágenos, y tiroxina. En adición a estos, están los antiasmáticos, la mayoría de los antibióticos, paracetamol, laxantes, antiinflamatorios no esteroideos, antiácidos, insulina, gotas oftálmicas, gotas óticas, entre otros.

Por otro lado, según Paricio y Lasarte (2008), procedimientos diagnósticos como ecografías, radiografías, resonancias magnéticas, entre otros, así como tratamientos odontológicos, son compatibles con la lactancia. No obstante, en oposición a los autores mencionados en el párrafo anterior, Paricio y Lasarte (2008) refieren que, en el caso de las tomografías, resonancias y similares, que se realizan utilizando medios de contraste no ionizados, estas son compatibles con la lactancia materna. Además, resaltan que la lactancia no debe interrumpirse por la realización de una mamografía, por lo que se recomienda extraer la leche y almacenarla previo a la examinación. Por otro lado, en el caso de las pruebas con isótopos radioactivos, como las gammagrafías, sí es importante consultar el periodo de tiempo en el cual se debe suspender la lactancia, además de prepararse almacenando una reserva de leche, de la manera adecuada, para esos días.

3.3.12 Relactación.

Según la OMS (2010) la relactación es el restablecimiento de la lactancia materna, se dice que la mayoría de las mujeres pueden lograrlo en cualquier momento después del nacimiento de su último hijo, sin embargo, es más sencillo para las mujeres que llevan poco tiempo de haber suspendido la lactancia. De la mano de este concepto, se encuentra el de la lactancia materna inducida, que es cuando una mujer que nunca ha estado embarazada puede establecer la lactancia, aunque la cantidad de leche producida puede ser menor (Cristaldo y Arolfo, 2014).

Algunas de las razones por las que se puede interrumpir la lactancia materna y luego optar por la relactación, pueden ser el caso de lactantes enfermos o aquellos que tienen bajo peso al nacer, y a quienes es imposible amamantar eficazmente en las primeras semanas de la vida; lactantes con problemas de alimentación o que han sido separados de sus madres; madres que eligen alimentar artificialmente a su niño y que después cambian su manera de pensar; en el caso de adopción; cuando a una mujer le es imposible amamantar a su hijo por estar gravemente enferma o por fallecimiento, entre otras (Cristaldo y Arolfo, 2014).

Para lograr que ocurra esto, es vital que la mujer cuente con el apoyo o motivación por parte de su familia y los profesionales en salud; y reciba una estimulación constante de los pechos, de manera que es ideal que el lactante sea quien realice la succión frecuente de los mismos, se dice que debe ser al menos de 8 a 12 veces cada 24 horas (OMS, 2010). “La succión produce la liberación de prolactina, que estimula el crecimiento de los alvéolos en el pecho y la producción de leche” (OMS, 2010, p.63). En caso de que el niño o la niña no

esté dispuesto a realizar la succión, la madre deberá estimular sus pechos con un masaje suave y realizar la extracción manual, de 20 a 30 minutos, de 8 a 12 veces al día (OMS, 2010).

Durante la relactación, el o la lactante puede necesitar un suplemento temporal, que puede ser leche extraída o artificial dada por medio de un vaso o taza, de manera que se disminuya la cantidad de la misma a medida que se logra la instauración total de la lactancia. La madre debe de establecer el contacto piel con piel o el método madre canguro, para favorecer la succión del niño o la niña. Si este no desea succionar, puede hacerse uso de la técnica de la succión con suplementador, la misma debe ser supervisada por un profesional en salud (OMS, 2010).

El suplementador de la lactancia materna consiste en un tubo que conduce el suplemento desde un vaso o taza al pecho y que se adosa a lo largo del pezón hasta la boca del lactante. El lactante succiona y estimula al pecho, al mismo tiempo que el suplemento pasa a través del tubo por lo tanto se alimenta y satisface. Puede utilizarse una fina sonda nasogástrica (calibre 8) u otro tubo plástico fino. La madre puede controlar el flujo elevando o descendiendo el vaso o taza, de manera que el lactante succiona aproximadamente 30 minutos durante cada toma. [...] El vaso o taza deben ser limpiados y esterilizados cada vez que se los utilice (OMS, 2010, p.63).

La cantidad de suplemento que debe administrarse, en el caso de un lactante a término, es de 150 ml/kg de peso por día, lo que quiere decir que esta cantidad debe

dividirse entre 6 o 12 tomas. Cuando el niño o la niña aumente de peso y su producción de orina también, además, de que la madre produzca leche, puede disminuirse el suplemento a 50 ml por día. Esta producción de leche constante puede darse al cabo de pocos días o semanas y para comprobar que esté ocurriendo este proceso, se dice que los pechos se sienten firmes y llenos y la leche gotea o puede ser extraída con facilidad, el lactante ingiere menos cantidad de suplemento y las deposiciones se tornan más suaves. (OMS, 2010).

3.3.13 Lactancia materna y alimentación complementaria en los niños y las niñas.

Perdomo y De Miguel (2015) explican que la función renal y gastrointestinal, a la edad de 4 meses, ha madurado lo suficiente como para lidiar con cargas osmolares mayores y metabolizar los alimentos complementarios a la leche materna. Este proceso es de gran relevancia, ya que permite que determinadas hormonas, como las adrenales y la insulina, se liberen y maduren las diversas actividades enzimáticas, en el tracto digestivo. Otros elementos que favorece el proceso, es el desarrollo neurológico, a partir de los 6 meses el niño o la niña posee capacidades motoras, como lo son sentarse, utilizar la cuchara, que le permite realizar el proceso de alimentación más fácilmente. De igual manera, en a la edad de 7-8 meses, puede masticar y deglutir pequeñas cantidades de alimentos semisólidos, habilidades que irán aumentando hasta que pueda ingerir alimentos cada vez menos triturados.

Según la OMS (2010) la lactancia materna exclusiva debe mantenerse hasta los seis meses de edad y se sugiere que luego de este periodo sea ingerida con alimentos

complementarios hasta los dos años o más, de manera que se cubran los requerimientos alimentarios del niño o la niña, además, hay que destacar que la mayoría de los lactantes para este momento han alcanzado el desarrollo suficiente para recibir este tipo de alimentación. Los objetivos de la alimentación complementaria son “crear hábitos de alimentación correctos, promover el crecimiento ideal para cada etapa de la vida, aportar energía y nutrientes recomendados, estimular el desarrollo psicoemocional del niño e integrarlo a la dieta familiar” (Ladino, citado en Ladino y Bejarano, 2015, p.27).

Como principios básicos de la alimentación complementaria, la OMS (2010), indica que debe ir acompañada de buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos, comenzar con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme al crecimiento del niño o niña, modificar la consistencia y la variedad de los alimentos bajo esta misma relación y los requisitos y habilidades de ellos y ellas, y finalmente, aumentar la ingesta de líquidos, sobretodo en periodos de enfermedad. Ladino (2015) explica que es importante suplementar con hierro elemental a los niños y niñas que consumen lactancia materna luego del cuarto mes hasta el noveno mes de edad.

En cuanto a la alimentación complementaria y la lactancia materna, se dice que la lactancia puede aportar una buena cantidad de los requerimientos de energía y nutrientes de los niños y niñas entre los 6 y 12 meses de edad. Sin embargo, esta otra cantidad restante debe ser dada por una amplia variedad de alimentos de los diferentes grupos, de esta forma, para fomentar la aceptación de los mismos, se debe alimentar o colaborar con esta práctica pacientemente y despacio, experimentar con diferentes combinaciones, sabores, texturas y métodos de cocina, minimizar las distracciones y recordar que son momentos de

aprendizaje y amor. En cuanto a la inocuidad de los alimentos, se debe mantener la limpieza, separar los alimentos crudos de los cocinados, cocinar completamente los que así lo requieren, mantener los alimentos a temperaturas adecuadas y usar agua y materia primas seguras (OMS, 2010).

Como bien menciona la OMS (2010) “la energía que se requiere, adicionalmente a la leche materna, es de aproximadamente 200 kcal por día, para niños de 6-8 meses; 300 kcal por día para niños de 9-11 meses y 550 kcal por día para niños de 12-23 meses de edad” (p. 21). En lo que respecta a la textura, frecuencia y cantidad de alimentos esto varía en relación a la densidad energética del mismo.

Tomando en cuenta la premisa de que los alimentos ingeridos deben tener una densidad energética de 0.8 a 1.0 kcal/g, a los 6-8 meses, se debe comenzar con alimentos sólidos o semisólidos en forma de papillas espesas y alimentos bien aplastados y la frecuencia puede ser de 2-3 comidas por día, pudiéndose ofrecer de 1-2 meriendas. Ahora bien, cada una de estas comidas consiste en 2-3 cucharadas y se incrementa de manera gradual. En los niños y niñas de 9-11 meses de edad, los alimentos deben estar finamente picados o aplastados, deben realizarse de 3-4 comidas por día y de 1-2 meriendas según el apetito de ellos y ellas, y la cantidad debe de ir de $\frac{1}{2}$ de taza. Finalmente, en los 12-23 meses, los alimentos deben ser mayoritariamente picados, y contener de $\frac{3}{4}$ de taza (OMS, 2010).

La OMS (2010) indica que un buen alimento complementario es rico en energía, proteína y micronutrientes (hierro, zinc, calcio, vitamina A y folato), no es picante ni salado, se puede comer con facilidad, es agradable al gusto y está disponible localmente,

siendo también asequible. Estos pueden ser los cereales, raíces o frutas. De esta forma cada día, se debe agregar a la dieta otro alimento (de origen animal, lácteos, guisantes, frijoles, maní y soja, frutas y verduras de color naranja, grasas y aceites) al básico, para aportar otros nutrientes.

Si bien es cierto el orden de introducción de los alimentos varía en el ámbito científico, es vital recordar lo que menciona Pavón, Parra, Aparicio y Arroba (citado en Suárez, 2007) sobre la importancia de realizar este proceso “[...] progresivamente para valorar la aparición de reacciones adversas y para que el niño se acostumbre al cambio de sabores y texturas”(p.55). Palacios et al. (2015) indican que el tiempo de espera para agregar otro alimento nuevo debe ser de 3 días entre cada uno. A continuación, se presenta una tabla que establece la manera apropiada de introducción de los alimentos, según los principios nutritivos que contienen y cómo deben ser administrados:

Tabla 1.

Alimentos apropiados para la alimentación complementaria

| Qué alimentos dar y por qué | Cómo dar los alimentos |
|---|--|
| Leche materna: continúa aportado energía y nutrientes de alta calidad hasta los 23 meses de edad. | Lactantes de 6-11 meses |
| Alimentos básicos: aportan energía y un poco de proteína (solo los cereales) y vitaminas. | <ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la lactancia materna. • Dar porciones adecuadas de: |

Ejemplos: cereales (arroz, trigo, maíz, mijo, quinoa), raíces (yuca, camote o papa) y frutas con almidón (banano y fruto del árbol de pan).

Alimentos de origen animal: aportan proteína de alta calidad, hierro hemínico, zinc y hierro.

Ejemplos: hígado, carnes rojas, carne de pollo, pescado, huevo (no es buena fuente de hierro).

Productos lácteos: aportan proteína, energía, la mayoría de vitaminas (especialmente vitamina A y folato), calcio.

Ejemplos: leche, queso y requesón (cuajada).

Verduras de hojas verdes y de color naranja: aportan vitaminas A.C y folato.

Ejemplos: espinaca, brócoli, acelga, zanahoria, zapallo, camote.

Leguminosas: aportan proteína, energía, hierro.

Ejemplo: guisantes, frijoles, lentejas, habas,

Puré espeso, elaborado con maíz, yuca, mijo; añadir leche, frutos secos o azúcar.

Mezclas de purés elaborados con plátano, papa, yuca, mijo o arroz: mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; agregar verduras verdes.

- Dar meriendas nutritivas: huevo, plátano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla, margarina, pasta de maní o miel, papa cocida.

Niños o niñas de 12-23 meses

- Continuar con la lactancia materna.
- Dar porciones adecuadas de:

Mezclas de alimentos de la familia, aplastados

arvejas.

o finamente cortados, elaborados con papa, yuca, maíz, mijo o arroz; mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; añadir verduras verdes.

Aceites y grasas: aportan energía y ácidos grasos esenciales.

Ejemplos: aceites, margarina, mantequilla o manteca de cerdo.

Puré espeso de maíz, yuca, mijo; añadir leche, soja, frutos secos o azúcar.

Semillas: aportan energía.

Ejemplos: pasta de manó o de frutos secos, semillas remojadas o germinadas, como semillas de zapallo, girasol, melón o sésamo.

- Dar meriendas nutritivas: huevo, banano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla, margarina, pasta de maní o miel, papa cocida.

Nota: Tomada de Organización Mundial de la Salud (2010).

Algunos consejos generales facilitados por Pavón et al. (citado en Suárez, 2007) y Perdomo y De Miguel (2015), que han de tomarse en cuenta dentro de la introducción de alimentos, se vinculan con la incorporación de cereales sin gluten (de arroz, maíz, soja o tapioca) desde los 5-6 meses y posponer hasta el siguiente mes el consumo de cereales con gluten (trigo, avena, cebada o centeno), para evitar la enfermedad celíaca. Inicialmente, las frutas deben prepararse peladas o en zumo para limitar el aporte de celulosa o hemicelulosa y no sobrepasar la cantidad de fibra y procurar que estén maduras para aumentar la digestibilidad. Las fresas, los kiwis y los melocotones deben administrarse hasta el año de

vida por su capacidad de liberar histamina. Las carnes (pollo, pavo, ternera, vaca, cordero, cerdo) son mejor toleradas si se mezclan con purés de verduras y el pescado debe comerse hasta los 9-10 meses por su potencial alergénico.

Además, estos mismos autores indican que, en relación a las hortalizas y verduras, es común comenzar con el consumo de papa y zanahoria y se debe dejar para luego de los 10-12 meses las espinacas, acelgas, coles, nabos y remolacha, por su alto contenido de nitritos y la asociación con la metahemoglobinemia y verduras flatulentas como el coliflor y repollo y las que contienen sustancias sulfuradas, como el ajo, cebolla y espárragos, ya que poseen sabores fuertes que pueden inducir a un rechazo instantáneo por parte de los niños y niña. La yema de huevo debe introducirse luego de los 9 meses y la clara después del año. Las legumbres deben ser en poca cantidad, por la cantidad de nitratos y a partir de los 12 meses por su fibra. El yogur y el queso deben darse a los niños y niñas entre los 9-10 meses de edad y la leche de vaca, natillas, flanes o cuajada después del año. Los frutos secos, frutas con semilla y caramelos pueden causar atragantamiento o contener exceso de azúcar o sal por lo que deben agregarse a la dieta a los 3 años de edad.

3.4 Complicaciones infantiles y maternas que pueden surgir en la lactancia materna

Las complicaciones que pueden ocurrir durante la lactancia materna pueden estar asociados al recién nacido o a la madre, como por ejemplo, el recién nacido adormilado, que no demanda o no realiza tomas efectivas, la pérdida excesiva de peso en el lactante amamantado, el lactante con anquiloglosia, la baja producción de leche en la madre, la ingurgitación mamaria, las características anatómicas del pezón que dificultan la extracción

de leche, el dolor y las grietas en el pezón y la mastitis aguda, por lo que a continuación se detalla cada una de estas específicamente.

3.4.1 Complicaciones infantiles.

3.4.1.1 Recién nacido adormilado.

En lo que respecta al recién nacido adormilado y que por esta razón no demanda o no realiza tomas efectivas de leche materna, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017), expone que existe una estrategia para el manejo de niños y niñas que presentan estas condiciones. La misma consiste en despertar al niño o la niña cada tres o cinco horas, utilizando el contacto piel con piel, una estimulación suave en su cuerpo como lo es un masaje, quitarle la cobija o cambiar el pañal, logrando así que él o ella se alimente. Además, si el niño y niña no es capaz de realizar esta acción, la madre se deberá extraer el calostro o la leche materna y dársela en un vaso, cuchara o jeringa.

Por su parte, Health Nexus Santé (2016) anota que la madre también puede, levantar al bebé hacia sus hombros y acariciarle la espalda, girarlo de un lado a otro y hablarle, extraer un poco de leche cuando lo acerque al pecho para aumentar el estímulo de succión y colaborar en la compresión de pecho materno para aumentar la cantidad de leche que ingiere y que se mantenga alerta, además, de ofrecer ambos pechos.

Es importante que se evalúe si el o la lactante posee signos y síntomas de hipoglicemia, sepsis y deshidratación. En el caso de la hipoglucemia, se anota que los niños

y las niñas poseen un mecanismo autorregulador de la glucemia en sangre, utilizando los cuerpos cetónicos para este efecto. Este mecanismo los protege si no consumen leche durante unas horas. Otro elemento que se debe tener en consideración es que comúnmente los recién nacidos experimentan un periodo de sueño, normalmente, 2 horas después del nacimiento, tras el periodo inicial de alerta (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

Sin embargo, luego de ese periodo, tienen ciclos de sueño y vigilia, conformados por uno o dos periodos de vigilia en las siguientes diez horas, por lo que se debe estar alerta a las señales de hambre y estimularlo para alimentarlos cada dos o tres horas, con leche materna. En el caso de tener hambre, el recién nacido se estira y agita, realiza un mayor movimiento físico, abre la boca y coloca su mano en la boca. También, se recomienda en caso de que el acople al pecho materno se dificulte, que se instilen pequeñas gotas de leche materna en la boca del recién nacido, por medio de jeringa, la técnica dedo-jeringa, cuentagotas o sondas adosadas al pecho, para estimular y mantener la succión (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

3.4.1.2 Pérdida de peso en el lactante.

Otra de las complicaciones que puede ocurrir en el proceso de lactancia materna, es la pérdida excesiva de peso en el niño o la niña, aunque fisiológicamente existe esta condición en los primeros días de vida, no debe sobrepasar ciertas cifras. Cuando esta pérdida supone el 7% de peso total o más en los primeros tres días, se debe investigar cuál es la causa, para ejecutar acciones y seguir recomendaciones al respecto (Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017). Sin embargo, hay que tomar en cuenta la posición de Gallardo, Gallardo y Gallardo,(2018), respecto al tema, la cual dice que, en promedio, los niños y las niñas pierden 4-7% de su peso de nacimiento (mayormente el primer día) y comienzan a recuperar el peso alrededor del tercer día de vida, esto debido a que reciben sólo pequeñas cantidades de líquidos durante este periodo.

La importancia de este evento, radica en que el recién nacido es más susceptible a la deshidratación y otros desequilibrios, como lo son la hipernatremia, acidosis metabólica, enterocolitis necrotizante, trastornos de la glicemia, hiperbilirrubinemia y choque hipovolémico; ya que como indica, Berger et al. (2015) aproximadamente el 75% del peso del neonato es agua por lo cual ellos tienen una alta dependencia a la administración de líquidos.

Las causas de esa pérdida pueden estar asociadas con la cantidad y duración de las tomas de leche, la postura de madre y el recién nacido o agarre a la hora de amamantar, la transferencia inadecuada de leche por retraso en la lactogénesis, producción insuficiente o problemas en los pezones o mamas, ya sea porque poseen un tamaño o forma que dificulta el proceso, presentan heridas y lesiones o hay dolor en cada uno de ellos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

Existen algunos aspectos en específico que pueden colaborar con la detección temprana e inclusive la prevención de esta situación, por mencionar algunos ejemplos,

Rodríguez (2011) expresa que estas pueden incluir el pesaje de los pañales tras las tomas para saber la cantidad de leche ingerida, contar el número de pañales húmedos o sucios retirados durante el día, evaluar la posición durante las tomas, el agarre del pezón por parte del recién nacido y evitar pérdidas insensibles por exceso de abrigo especialmente condicionado por el uso de ropa gruesa (Banda y Saunero, 2012).

En lo que respecta a la prevención específica de la deshidratación que puede repercutir en el peso total del lactante, Banda y Saunero (2012), exponen que es necesario orientar a las madres sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y a demanda (de 10 a 12 veces en 24 horas), el apego precoz, indicarles que no administrar otros líquidos al recién nacido ni dar chupones ni biberón, mostrar a las madres cómo dar de mamar sobretodo dentro de las seis primeras horas, de manera que se pueda evaluar al menos dos mamadas verificando posición, agarre y signos de transferencia adecuada de leche materna al neonato, ausencia de factores de riesgo y técnica de lactancia adecuada antes del alta. En adición, se debe evitar que la madre adopte posturas inadecuadas que pueden ocasionar contracturas musculares, detectar oportunamente dolor o lesiones de los pezones, vigilar la pérdida de peso, fiebre, ictericia, irritabilidad, presencia, frecuencia y constitución de diuresis (de 5 a 6 veces al día) y deposiciones del niño o la niña y realizar un control post natal dentro de las 48 -72 horas posteriores al alta.

3.4.1.3 Ictericia.

La ictericia es conocida como la “coloración amarillenta de piel y mucosas” (González, Raynero y Caballero, 2019, p.147) que se debe a “un aumento en las

concentraciones de bilirrubina en la sangre” (Cortés, De la Garza, Fuentes, García y Rivas, 2019, p.9). Dicha condición es usual en recién nacidos tanto a término como en pretérminos y, según Cortés et al. (2019), se presentan en casos de un 60% y 80%, respectivamente, además es común en un 10% en los niños que reciben lactancia materna durante su primer mes de vida.

La ictericia suele ser inofensiva y se soluciona al tercer o quinto día después del nacimiento. Sin embargo, una alta concentración de bilirrubina puede ser neurotóxica y ocasionar alteraciones del neurodesarrollo a corto y a largo plazo (Cortés et al., 2019), por lo cual es considerada patológica cuando cumple con ciertos criterios de clasificación como:

Aparecer en las primeras 24 horas de vida, aumentar más de 0,5mg/dL por cada hora, manifestar valores de bilirrubina directa de más de 2mg/dL e, igualmente, elevarse los valores de bilirrubina en recién nacidos a término por encima de los 12mg/dL y en recién nacidos pretérmino por encima de los 15mg/dL. (González et al., 2019, p.147)

Para determinar el estadio o nivel de gravedad de esta condición, es importante realizar una valoración completa y aplicar un historial a la familia y el lactante. De esta manera, en relación con la lactancia, se debe valorar su proceso, técnicas, signos de deshidratación relacionados a hipogalactia, entre otros, como la ganancia o pérdida de peso, así como el número de deposiciones y su coloración en el recién nacido. Se deben realizar exámenes del color de las heces, así como los exámenes de laboratorio correspondientes para poder determinar los valores precisos de los niveles séricos de bilirrubina, ya que la

valoración cutánea no es un marcador confiable. No obstante, esta última puede ser un signo de alerta en la identificación de esta patología (González et al., 2019).

La razón fisiológica detrás de esta condición está relacionada con una alta concentración de los eritrocitos de vida media corta, con un lento metabolismo y con la excreción de la bilirrubina (Cortés et al., 2019). Sumado a esto, se conoce que:

La bilirrubina indirecta circula en la sangre libre o unida a albúmina hasta llegar al hígado, donde es conjugada en bilirrubina directa que posteriormente es captada por los lisosomas y el aparato de Golgi, para finalmente ser excretada en intestino delgado desde la vesícula biliar. Las bacterias intestinales juegan un importante papel en la transformación a urobilinógeno y estercobilinógeno, modo en el cual se excreta en heces. Parte de la bilirrubina vuelve al hígado mediante recirculación enterohepática (González et al., 2019, pp.147-148).

La alteración del metabolismo normal de la bilirrubina, en adición a las causas anteriores, se debe también a menor concentración de albúmina; menor nivel de enzimas encargadas de la conversión de bilirrubina indirecta a directa; y una ausencia de bacterias intestinales que transforman a la sustancia en un desecho. Todo ello hace más difícil la excreción de bilirrubina. De igual manera, se deben tener en consideración algunos factores de riesgo para el desarrollo de la ictericia, como lo son lactancia materna exclusiva inefectiva y condiciones de prematuridad (González et al., 2019), así como una deficiente condición socioeconómica que impide en ocasiones que las personas accedan a servicios de salud de manera oportuna (Cortés et al., 2019).

En cuanto a las opciones de tratamiento, éstas pueden variar, pero se identifica como la mejor estrategia a la fototerapia, durante la cual se debe verificar el estado de hidratación del niño o la niña, aumentar la frecuencia en las tomas de lactancia materna y vigilar de igual forma las deposiciones y sus coloraciones (González et al., 2019).

3.4.1.4 Anquiloglosia.

Como lo indica Salvador y Guerrero (2014), para que los y las lactantes puedan ingerir la leche materna deben hacer uso de un conglomerado de mecanismos de succión y deglución, vinculados con el desarrollo motor oral y la interacción entre la lengua, los labios, la mandíbula, el maxilar, el paladar duro, el paladar blando, el piso de la boca y los rebordes alveolares. Para comprender de una mejor manera este proceso, estos autores ofrecen la siguiente descripción:

Estos mecanismos inician cuando los labios son estimulados; la cara es dirigida hacia el estímulo, se abre la boca proyectando la lengua, el labio inferior se invierte permitiendo a la lengua sobrepasar el reborde alveolar. Posteriormente, la punta y el dorso de la lengua se elevan comprimiendo la areola y el pezón contra el paladar duro sin dejar espacios en la superficie bucal, mientras que la porción lingual posterior forma un sello contra el paladar blando y la faringe. Una vez que la mandíbula se desplaza en sentido inferior, se produce una presión negativa, facilitando la extracción de la leche materna (Salvador y Guerrero, 2014, p.154-155).

De esta manera la anquiloglosia representa una alteración de las estructuras anatómicas que permiten la ejecución de los mecanismos de succión y deglución, que impide en algunas ocasiones la alimentación oportuna y prolongada del recién nacido, y posteriormente genera que el niño o la niña pierda peso (Salvador y Guerrero, 2014). Para complementar la idea anterior, de la Teja, López, Américo, Cano y Téllez (2011) explican que dependiendo del grado clínico que presente este padecimiento, el niño o niña podrá tener dificultades en la succión, deglución, masticación, fonación y problemas periodontales.

Una descripción más extensa y detallada de las consecuencias que puede generar la anquiloglosia sobre la lactancia materna es la siguiente:

- Menos tiempo entre toma y toma, lo que provoca agotamiento a la madre y al bebé.
- Mayor duración de la toma.
- Menor producción de leche, porque el bebé no la extrae bien.
- Aumento de la producción de leche por un efecto compensatorio de la mama, con ingurgitaciones frecuentes, lo que conlleva que el bebé tome una leche de inicio más rica en lactosa, más difícil de digerir, que le produce regurgitaciones, gases y cólicos.
- Pérdida de peso, lo que lleva al inicio de una lactancia mixta.
- Dolor en el pezón, acompañado o no de grietas. Los pezones suelen estar descoloridos, rosados, en comparación con el resto de la areola, que se mantiene más oscura.
- Retrognatia.

- El bebé se “enfada” con el pecho: lo estira, lo coge, lo suelta, lo muerde, protesta...
- Aparición de un callo de lactancia en los labios del bebé, debido al exceso de fuerza.
- El bebé se atraganta a menudo.
- Hace ruido al mamar en forma de chasquidos, por no poder mantener el agarre.
- Aparición de temblores en la mandíbula debido al sobreesfuerzo de los músculos para succionar.
- Mejillas hundidas.
- Los bebés respiran más por la boca que por la nariz, al tener un paladar más elevado, lo que les predispone a presentar bronquitis y neumonías.
- Mayor índice de otitis por un mal drenaje de las trompas de Eustaquio.
- Maloclusión dental por la deformidad del paladar, como la mordida cruzada o abierta.
- Consecuencias en el lenguaje, como los trastornos en la articulación fonética de algunas consonantes (/r/, /t/, /d/).
- Problemas mecánicos, que pueden dificultar, por ejemplo, la autolimpieza interior de la lengua, lamerse los labios o tocar un instrumento de viento (Orte, Alba y Serrano, 2017, p.e53).

En concreto, la anquiloglosia es una anomalía congénita en la que el frenillo lingual posee una inserción corta y a su vez es grueso, restringiendo la movilidad de la lengua y dificultando la capacidad de ingerir alimentos. En la madre este tipo de anomalía ocasiona un proceso de succión traumático generado por compresión de la base o de la punta del pezón, lo cual ocasiona dolor e irritación en la zona (Salvador y Guerrero, 2014).

Al respecto Orte et al. (2017), señalan que existen cuatro movimientos con la lengua que se ven alterados cuando se tiene anquiloglosia, los cuales son, la extensión, la elevación, la lateralización y el peristaltismo, de esta manera se describen de la siguiente forma:

1. La lengua se proyecta por delante de la encía inferior (se extiende).
2. La porción anterior de la lengua envuelve el pezón y parte de la areola, y los presiona suavemente contra la encía superior y el paladar (se eleva). Éste parece ser el movimiento que más influye en la lactancia.
3. La lengua se puede mover hacia los lados (lateralización).
4. El movimiento ondulante de la lengua y la mandíbula produce un efecto de émbolo, que permite que la leche extraída vaya al fondo de la boca (peristaltismo) (p.e50).

Además, esta condición es más común en varones y la mayoría de veces la anquiloglosia se presenta en personas sin ningún tipo de anomalía congénita acompañante, sin embargo, puede estar asociada a algún síndrome, como el síndrome de Ehlers-Danlos, el síndrome de Ellis-Van Creveld, el síndrome de Pierre Robin, el síndrome orofacial digital, la estenosis pilórica hipertrófica infantil o el paladar hendido ligado al cromosoma X (Orte et al., 2017).

Como lo indica el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017), si existen problemas con la alimentación lo mejor es realizar una valoración médica a profundidad para considerar las opciones sobre todo si la madre o el recién nacido están pasando por consecuencias debido

a esta alteración. Orte et al. (2017) recomienda que la valoración incluya aspectos como lo son la flexibilidad, el punto de inserción, si el frenillo está formado de tejido fibroso o blando y si largos o cortos, puesto que algunos pueden parecer cortos, pero tienen suficiente elasticidad para cumplir su función. De esta manera y en algunas situaciones específicas, se practica una intervención denominada frenotomía. Esta consiste en la liberación del frenillo mediante una incisión de 3-5 mm empleando anestesia local (Salvador y Guerrero, 2014).

Otros tratamientos de los que se hace uso actualmente para evitar la realización de la frenotomía, son el cambio de posturas de amamantamiento, de manera que se le permita al niño o la niña agarrarse al pecho de manera espontánea (postura de amamantamiento biológico) o ponerlo en posición de caballito, a horcajadas sobre la pierna de la madre. Otra medida que también puede valorarse es la utilización de pezoneras, porque dan firmeza al pezón durante el enganche y las pausas de succión y finalmente, acudir a sesiones de lactancia materna junto con terapia miofuncional, que implica la estimulación de la succión y reflejo de búsqueda realizando ejercicios de fisioterapia (Orte et al., 2017).

3.4.2 Complicaciones maternas.

3.4.2.1 Hipogalactia.

González (2012) explica que la hipogalactia corresponde a la producción escasa de leche en la puérpera, siendo esta insuficiente para nutrir correctamente al lactante. En algunas ocasiones, la madre puede creer erróneamente que posee esta condición, ya que, experimenta una sensación de que los senos están desocupados, el niño o la niña se alimenta con más frecuencia, toma leche materna durante menos tiempo, está inquieto o

inquieta o parece sentirse mejor con el uso del chupón. Como lo señala también, Sánchez, Antolín y Vigil (2017) “[...] casi en la mitad de los casos el destete precoz está asociado a decisiones o percepciones maternas, que no necesariamente reflejan la realidad [...]” (p. 890).

Álvarez, Orozco, Moreno, Marín y Tur (2017) agregan bajo esta misma línea de pensamiento, lo siguiente:

[...] la mayoría de las mujeres pueden producir cantidades de leche adecuadas a las necesidades de sus hijos, por lo que esto en lugar de tratarse de una verdadera escasez de leche podría ir unido a la falta de instrucción de las madres y a un escaso apoyo prenatal y postnatal. Detrás de estos problemas subyacen problemas de técnica de agarre y succión, cuya corrección por parte de los profesionales sanitarios, evitaría muchos abandonos. La inadecuada ganancia de peso, es otro de los motivos que les hace abandonar el amamantamiento, pudiendo estar relacionado con ideas incorrectas acerca de los ritmos de crecimiento (p.906).

Es por esto que para discriminar cuando la mujer posee hipogalactia, existen criterios más específicos y objetivos, como lo son, una ganancia de peso menor de 500 gramos por mes del lactante, un peso menor al de nacimiento a las dos semanas, excreción de orina concentrada, en poca cantidad y con una frecuencia de menos de seis veces al día y deposiciones poco frecuentes y duras, llanto débil y letargo o somnolencia, además de piel y mucosas secas y evidencia de bajo tono muscular (González, 2012).

Vayas y Carrera (2012) dividen las causas de la hipogalactia en cinco categorías, las cuales son, anatómicas o estructurales, hormonales, funcionales, psicológicas y relacionadas con un mal manejo de la lactancia. En concreto las estructurales o anatómicas, corresponden a la hipoplasia, Síndrome de Poland, desproporción madre-bebé, pezones invertidos, piercing en el pezón, cirugía de mama, cirugía torácica, ginecomastia y cicatrización glandular. Respecto a las hormonales, está la retención placentaria, hemorragia postparto, insuficiencia luteínica, quistes ováricos teca-luteínicos gestacionales, disfunción tiroidea, Síndrome de ovario poliquístico, obesidad, diabetes y déficit congénito prolactina.

Dentro de las causas funcionales se sitúan cuestiones el uso de fármacos (bromocriptina, ergotamina, cabergolina, metergina...), tabaco y alcohol, la presencia de anemia, desnutrición grave, hipertensión y edema. En el caso de las psicológicas se encuentra la pérdida de confianza, preocupación, estrés, aversión a la lactancia, rechazo del niño y cansancio. Finalmente, las que están ligadas a los problemas con el manejo de la lactancia son el retraso en el comienzo de la lactancia, tomas infrecuentes o cortas, ausencia de tomas nocturnas, uso de biberones, chupetes e introducción precoz de alimentos complementarios (Vayas y Carrera, 2012).

Otra categoría, que es está contemplada como hipogalactia secundaria está vinculada con el bebé, habitualmente se deben a dificultades en el nacimiento, a enfermedad o a malformación. De manera más específica, se menciona factores del nacimiento como lo son, el estrés durante el trabajo del parto, periodo expulsivo prolongado, uso de fórceps o ventosa, cesárea, uso de anestesia epidural u opioides

neuroaxiales y dolor de garganta debido a introducción de sondas. En cuanto al comportamiento, esto abarca las alteraciones de la integración sensorial, rechazo del pecho o huelga de mamar, inquietud, confusión pezón/tetina y preferencia de flujo (Vayas y Carrera, 2012).

Las infecciones urinarias o por hongos, además, de la fatiga ocurrida por la que el niño o la niña es prematuro o pequeño para la edad gestacional, letargia o problemas del sistema nervioso central y cardíacos, pueden relacionarse con la hipogalactia. Finalmente, pueden existir problemas respiratorios, como los congénitos, laringomalacia, traqueomalacia, obstrucción debida a mala posición, problemas de aspiración activa y fuerte reflejo de eyección de la leche, y los problemas de succión que implican variaciones mandibulares (micrognatia, retrognatia), variaciones del paladar (ojival, paladar blando o duro hendido) y anquiloglosia, que complican la lactancia (Vayas y Carrera, 2012).

Vayas y Carrera (2012) indican que la mayoría de las veces la causas son tratables y el profesional debe de reforzar la confianza de la madre en que puede amamantar y garantizar una adecuada ingesta de nutrientes para el bebé mientras se resuelve el problema. Una vez realizado lo anterior, se deben indicar las siguientes acciones a realizar:

- Favorecer el descanso de la madre.
- Dejar mamar al niño frecuentemente, como mínimo 8 veces en 24 horas.
- Dejar al niño mamar el tiempo que quiera en cada toma y ofrecer ambos pechos.
- Evitar horarios rígidos: las tomas deben ser a demanda.
- Evitar agua o alimentación complementaria en menores de 6 meses.

-Ayudar a la madre a mejorar el agarre si es necesario (p.145).

En caso de que estas indicaciones no resulten, puede que se requiera un tratamiento especializado, al respecto, Vallas y Carrera (2012) explican lo siguiente:

-En el hipotiroidismo debe instaurarse tratamiento hormonal sustitutivo.

-En el síndrome de ovarios poliquísticos se ha propuesto el uso de metformina para mejorar el pronóstico de la lactancia.

-En la insuficiencia luteínica el tratamiento con progesterona durante el embarazo se asocia a mayor producción láctea en el posparto.

-En la anemia hay que identificar la causa subyacente y suplementar con hierro si es ferropénica (p.145).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017), expone que se puede hacer uso de extractores manuales o eléctricos para aumentar la estimulación hormonal y por ende la producción mayor de leche materna. El uso de estos dispositivos se puede complementar con intervenciones de bajo costo como lo son el escuchar música relajante, masajear y calentar el pecho materno.

Por otro lado, Matos, Gómez, Martínez, Garrido, Arguelles (2018), explican que en lo que respecta a la Medicina Natural y Tradicional, existen otras opciones como lo son estimulación de la acupuntura, láser u otros métodos de la medicina natural, como: auriculoterapia, moxibustión y digitopuntura, y finalmente, el tratamiento con calor local

seguido de masajes en las mamas y extracción manual, que favorecen la solución de la hipogalactia para alcanzar una lactancia materna exitosa.

Otra de las opciones que se debe mencionar, es el uso de galactogogos como por ejemplo, la domperidona, metoclopramida, sulpiride, galactogogos herbales como lo son *Trigonellafoenum-graecum* (fenogreco), *Gossypiumherbaceum*, *Coleusamboinicus*Lour (Torbangun), *Silybummarianum* (cardo de leche), *Asparagusracemosus* (Shavatari), hierbas japonesas, el jengibre y el tratamiento hormonal como la oxitocina, la hormona de crecimiento y la hormona liberadora de tiotropina (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

Todas estas opciones pretenden aumentar el volumen de leche y los niveles de prolactina en el cuerpo materno, sin embargo, estos los agentes tienen investigaciones relativamente poco concluyentes y potenciales efectos adversos, como lo son el malestar abdominal, la cefalea, el cansancio o la fatiga, la somnolencia, la ansiedad y los trastornos extrapiramidales, por mencionar algunos. Es por esto que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017) sugiere que el proveedor de salud ponga en la balanza los potenciales riesgos y beneficios de estos agentes, si se decide prescribir un galactogogo, además, de seguir las guías y protocolos para el uso de los mismos.

3.4.2.2 Ingurgitación mamaria.

La ingurgitación mamaria es descrita como una inflamación y distensión de ambas glándulas mamarias habitualmente. Esta situación se caracteriza por un aumento en el volumen de los senos, dolor intenso, normalmente entre los primeros días después de la aparición de la secreción láctea, y zonas brillantes, edematosas y enrojecidas, además, de fiebre en las primeras 24 horas. Es causada por un drenaje vascular inadecuado, generado por problemas en el acople y la succión y tomas de leche materna poco frecuentes y de corta duración. Es por esta razón que la leche materna no fluye fácilmente y el o la lactante presenta dificultades a la hora de realizar la succión del pecho materno (CCSS, 2016).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017), explica que es de utilidad descansar, realizar contacto piel con piel y aumentar la frecuencia de las tomas de leche materna, sobre todo del lado del pecho afectado, o bien extraer manualmente la leche materna. Esto puede ir acompañado de la una ducha caliente o el uso de compresas calientes por poco tiempo y la realización masajes en los senos, por medio de la técnica de la presión inversa suavizante, para mejorar el acoplamiento del lactante.

La técnica de la presión inversa suavizante “consiste en la aplicación de presión positiva sobre un radio de dos a cuatro cm de areola en la zona que rodea la base del pezón, con el objetivo de desplazar ligeramente la hinchazón hacia atrás y hacia el interior del pecho” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017, p.273).

Tras la realización de la toma de leche materna o entre las mismas, se pueden aplicar compresas frías u hojas de col o malvavisco (refrigeradas durante 20-30 minutos), sin embargo, la madre debe explorar si este tratamiento le resulta reconfortante o incómodo. También, se debe tomar antiinflamatorios y analgésicos, ya sea ibuprofeno (400 mg cada 4-6 horas) o paracetamol. Cabe destacar que todas estas prácticas deben complementarse con la asesoría por parte de los profesionales especializados en lactancia materna y el contacto directo de estos con las madres, de esta manera es vital ofrecer información acerca de los contactos para recibir apoyo en este proceso (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

3.4.2.3 Dolor y grietas en los pezones.

González (2012) describe las grietas en los pezones como “pequeñas erosiones superficiales del pezón que se desarrollan casi siempre entre el 2-4º día posparto. Se manifiestan con dolor durante las tomas y pueden ser la puerta de entrada de una mastitis” (p.58). Específicamente, las grietas o fisuras ocurren a causa de la presión o tracción exagerada del pezón o el roce constante de la legua con la punta del pezón. Es importante destacar que si bien es cierto la lactancia materna en ocasiones se vincula normalmente con dolor, esto no debe ser así. Esto generalmente es causado por un mal acople del lactante, en donde el niño o la niña generalmente introduce solo el pezón en su boca, lo cual produce dolor (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2010). Es por esta razón que es vital que la madre asista a consulta con profesionales especialistas en el tema para que la orienten en las posiciones para la lactancia que pueden favorecer la cura de la estructura afectada.

Primeramente, es importante explicarle a la madre que puede producirse un dolor leve debido a las terminaciones nerviosas que se encuentran en la areola, pero que más adelante, se regula este estímulo volviéndose insensibles al mismo (Juez et al., 2010). Además, existen dolores transitorios y prolongados, en el primer caso es recomendable valorar la posición y el acople de la madre y su hijo o hija, para que se corrija en el caso de que se necesite y también, aplicar leche materna extraída o agua caliente sobre el pezón tras el amamantamiento y dejarla secar. En el segundo caso, es de utilidad amamantar del pecho que presenta el pezón menos afectado y realizar extracción manual en el lado del pecho más afectado durante este tiempo, para mantener la producción de leche. No es recomendable utilizar extractores eléctricos de leche, cremas, geles u otros posibles irritantes (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

Por su parte, Juez et al. (2010) refieren que, si la grieta es leve o reciente, se recomienda, además, aumentar el amamantamiento, comenzar la alimentación del lado menos afectado y colocar al bebé de manera que permita el control de la cabeza y la mama, estimular la eyección de la leche antes de colocar al niño o niña, y extraer manualmente la leche si la areola se encuentra tensa. Y si la grieta es profunda, extensa y dolorosa, puede que se deba suspender la lactancia por dos o tres días, de manera, que se realice la extracción manual cada 4 horas y se administre esta misma leche al bebé por medio de una cuchara o vaso.

Si bien es cierto en algunas ocasiones explica que el uso de compresas de agua tibia luego de realizar el amamantamiento puede colaborar en la disminución del dolor y las

lesiones de los pezones, esto tiene más carácter preventivo que curativo. En cuanto a los tratamientos tópicos para el dolor en el pezón, como la lanolina, geles de glicerina, pomadas multiusos, o los escudos y pezoneras, no se ha demostrado que sean más eficaces que no aplicarse nada o utilizar leche materna extraída. Por otra parte, la esencia de menta (4 gotas) y el aloe vero aplicada luego de cada toma, en algunos casos, pueden mejorar el dolor y las fisuras en los pezones. Finalmente, se recomienda que, si la mujer utiliza alguna crema que considera que le ha ayudado, siendo esta segura para el niño o la niña, se puede respetar su uso (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

3.4.2.4 Mastitis.

Según, Espínola, Costa, Díaz y Paricio (2016), la mastitis “es un cuadro frecuente y representa una importante causa de abandono evitable de la lactancia materna” (p.576). En cuanto a su definición como tal, se explica que es una inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria que puede o no estar acompañada de una infección bacteriana. Además, puede producir desde efectos locales a síntomas sistémicos como el absceso y la sepsis (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017). Como indica Arley (2017), generalmente esta condición es unilateral, suele ocurrir en los tres primeros meses postparto especialmente entre la segunda y tercera semana del puerperio. Normalmente, el agente etiológico que causa la infección es el *stafilococcus aureus* y *stafilococcus meticolina resistente*.

Algunos factores predisponentes para que ocurra esta condición son la retención de leche y el sobre crecimiento bacteriano. Esto puede verse influenciado por la obstrucción de

los conductos lactíferos, las tomas de leche poco frecuentes, el agarre inadecuado del niño o la niña acompañado de una extracción ineficaz de la leche y la separación entre la madre y el recién nacido las primeras 24 horas de vida (Arley, 2017).

En cuanto a factores vinculado con la condición de la madre y que pueden aumentar el riesgo de mastitis, se establecen situaciones como la disminución de las defensas maternas relacionadas con el postparto y el estrés, la malnutrición, la mastitis previa, el estado de portador de *staphylococcus aureus* en la nariz del bebé, las variaciones en la anatomía de la mama (pezón plano o pezón invertido), la mancha blanca en el pezón o conducto bloqueado y aplicación de presión excesiva sobre el pecho (Arley, 2017).

Otros factores adicionales son, el uso de bombas de extracción de leche en madres con bebés internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la higiene inadecuada de los sets de extracción de leche, la ausencia de un correcto lavado de manos antes y después de la extracción, la falta de masajes mamarios, el uso de chupetes que reemplazan tomas y la aplicación de pomadas antifúngicas o preventivas de grietas (Arley, 2017). Adicionalmente, Espínola et al. (2016) establecen que:

En la leche, existen sustancias proinflamatorias y elementos celulares activados que, si permanecen en contacto con el epitelio de la glándula mamaria, pueden desencadenar una respuesta inflamatoria. Si, además, hay sobre crecimiento bacteriano, puede producirse una mastitis aguda, e incluso, abscesos (p.576).

Algunas características vinculadas con la aparición de la mastitis son los que menciona el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2017), los cuales corresponden a un dolor profundo irradiado hacia el brazo o espalda y una sensación de quemazón durante o después de la toma, puede haber o no enrojecimiento o eritema en la zona, además de, induración o aumento de sensibilidad o dolor, enrojecimiento, escamas, brillo o fisuras en el pezón y exudado purulento o costras de color miel. Adicionalmente, se pueden presentar síntomas de malestar general, fiebre de más de 38,5°C, escalofríos y dolor de cabeza.

El tratamiento más eficaz para la mastitis está enfocado en la intervención de un profesional de salud experto en el tema, que le permita a la mujer mejorar la posición y el posterior acople de su hijo o hija al pecho. Puede sugerirle la extracción manual de la leche acompañada de un masaje en el seno, una ducha o compresas con agua tibia y la colocación de compresas frías después amamantar y el previo descanso. En algunas ocasiones, puede necesitar la prescripción de un analgésico o antiinflamatorio (paracetamol o ibuprofeno), la toma de antibióticos cuando la mastitis es infecciosa y el aumento la ingesta de fluidos y consumo de probióticos sobre todo *Lactobacillus fermentum* y *Lactobacillus salivarius*. En caso de abscesos mamarios se utiliza el drenaje por aguja bajo control ecográfico o el drenaje por cirugía. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

3.4.2.5 Depresión posparto.

Según algunos estudios, la lactancia materna puede verse afectada por el estado de la salud mental de la mujer. En este tema, Vieira, Caldeira, Eugênio, Lucca y Silva (2018), mencionan en su estudio que:

Las dificultades para amamantar y el desmame se muestran como una de las causas del aumento en las tasas de depresión posparto, lo que confirma la influencia positiva de la práctica de amamantar en la reducción de los síntomas de la DPP [Depresión Posparto]. No obstante, existe una probabilidad mayor de que la práctica de la lactancia materna sea afectada por la depresión posparto (p.2).

Vieira et al. (2018) describen como síntomas principales de la depresión posparto los siguientes: “irritabilidad, pérdida de la capacidad de sentir placer, ansiedad, desánimo persistente y sentimiento de culpa, entre otros” (p.2). Sumado a esto, consideran que algunos de los factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de depresión posparto en las mujeres pueden estar relacionados con una situación socioeconómica deficiente, la aparición de conflictos consigo mismas y con personas que se relacionen con ellas, así como situaciones que aumenten el nivel de estrés en la persona, como los son los posibles problemas de salud, o bien dificultades presentadas a lo largo del proceso de embarazo, parto y posparto, así como también durante el amamantamiento.

Según Vieira et al. (2018), existen estudios que han demostrado que “las mujeres con DPP tienen una interacción deficiente con sus hijos, una percepción más negativa sobre el comportamiento del niño, un riesgo aumentado de interrupción temprana de la LME y

una asociación positiva con la desnutrición infantil” (p.2). Es por esta razón, que Vieira et al. (2018) señalan que una de las estrategias para tratar la depresión posparto en la lactancia se relacionan con darle la importancia que realmente merece la salud mental en este ámbito y tratarla sin considerarla como un tabú, y a su vez, fortalecer el nivel de autoeficacia que las mujeres perciben de sí mismas durante el proceso de amamantamiento, para que de esta forma se impacte de manera positiva en los índices de morbilidad materno-infantil a nivel global.

3.5 Información de relevancia durante todo el proceso de lactancia materna

3.5.1 Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo.

Según Moya, Mata, Chaves y Ulate (2012), las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo, forma parte del Servicio de Neonatología de los Hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social, en concreto:

[...] Es un equipo líder de su red de servicios, capacitado y sensibilizado para promover la lactancia materna, iniciar el proceso de detección y atención de manera oportuna de aquellos niños y niñas que presenten o tengan la probabilidad de presentar alteraciones en el proceso amamantamiento y/o desarrollo integral y dar seguimiento a todas aquellas condiciones de riesgo en los niños nacidos en el centro hospitalario y en la red de servicios (p.14).

Cabe destacar que este servicio está habilitado para atender a todos los niños y niñas nacidos en el centro hospitalario junto con sus madres y familiares y que tengan un riesgo o

requiera apoyo en el amamantamiento y promoción del desarrollo, además, de las funcionarias del establecimiento (Moya et al., 2012).

Por lo tanto, dentro de sus objetivos están identificar en los niños nacidos en el centro hospitalario y su madre o familia, condiciones de riesgo para el amamantamiento o la atención de las alteraciones del desarrollo, ofrecer servicios de consejería, acompañamiento y atención a la madre, familia y el niño o niña para la resolución de problemas o riesgos detectados en el proceso (Moya et al., 2012).

Además, de brindar información a cuidadores y personal de salud acerca de la estimulación temprana, la lactancia materna y el desarrollo integral en la niñez, activar las redes de apoyo y servicios intrahospitalarios, extrahospitalarios e intersectoriales, para favorecer el seguimiento de las personas con necesidades en esta temática y coordinar con los funcionarios de salud del Banco de Leche Humana las actividades relacionadas con la madre donadora (Moya et al., 2012).

3.5.2 Bancos y Centros de recolección de leche humana.

La CCSS (citado en Barboza, Moya y Chaves, 2015) define un banco de leche humana como:

[...] una unidad acondicionada para cumplir con actividades de asistencia en pro del amamantamiento, en donde se promueva, proteja, apoye y acompañe a las madres y sus hijos(as) en todo el proceso de la lactancia materna y donde se realiza a la leche

humana donada, una serie de procesos que garantizan la más alta calidad del producto final: Leche Humana Pasteurizada (p.20).

Según la Norma Nacional para Bancos y Centros de Recolección de Leche Humana, los objetivos de los Bancos y Centros de Recolección de Leche Humana, consisten en:

-Favorecer a los niños y niñas seleccionadas como beneficiarios prioritarios con las ventajas inmunológicas de la leche materna.

-Llenar las necesidades nutricionales de los niños y niñas hospitalizados con el alimento ideal y más completo que se le puede ofrecer, la leche humana, de acuerdo a sus necesidades específicas.

-Estimular la donación de leche materna, mediante estrategias de promoción.

(Decreto ejecutivo N° 37271-s, 2012, p. 3).

Según la Norma Nacional para Bancos y Centros de Recolección de Leche Humana (2012), es importante recordar que la donación de leche humana es voluntaria, altruista y no remunerada. Además, las madres que decidan llevar a cabo el proceso deben gozar de buen salud y estilos de vida saludables, comprobados mediante una entrevista y pruebas serológicas, además de contar con ciertos criterios específicos como lo son:

-No haber recibido productos sanguíneos en los últimos 12 meses.

-No haber recibido órganos o tejidos en los últimos 12 meses.

-No sufrir enfermedades crónicas o sistémicas que contraindiquen la lactancia natural.

- No tener antecedentes de enfermedad como hepatitis B o C.
- No ser portadora de enfermedades de transmisión sexual como sífilis o gonorrea.
- No ser portadora de infección activa por citomegalovirus.
- No fumar.
- No ingerir bebidas alcohólicas de manera regular.
- No consumir medicamentos que contraindiquen la lactancia natural.
- No tener hijos que presenten cualquier tipo de infección congénita.
- No ser seropositiva por VIH o portadora del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o demostrar conductas de riesgo de contagio (p.9).

En cuanto a los sitios en donde existen Bancos y Centros de Recolección de Leche Humana en Costa Rica, existen dos lugares, los cuales son:

- Hospital Nacional de las Mujeres Adolfo Carit Eva.
- Hospital Carlos Luis Valverde Vega.

3.5.3 Salas de lactancia en los centros de trabajo.

Según la UNICEF Uruguay (2018), la sala de lactancia en los centros de trabajo es “un área exclusiva y acondicionada para que las madres amamenten a sus hijos, se extraigan leche y puedan conservarla adecuadamente” (p.11). Cabe destacar que para habilitar estos espacios es imprescindible considerar la ubicación, la accesibilidad, el mobiliario, los insumos, la iluminación, la ventilación y la higiene, para que de esta forma sean adecuados.

Además de los beneficios de la lactancia materna para la madre, el niño o la niña, la sociedad y el medio ambiente, existen una serie de estos en relación con la implementación de una sala de lactancia en los diversos centros de trabajo, de esta manera, se dice que el habilitar estos espacios genera una mayor satisfacción laboral porque:

- Permite que exista una combinación más equilibrada entre la lactancia y el trabajo.
- Mejora el estado emocional de la mujer lactante trabajadora durante la jornada laboral y en su vida general.
- Aumenta el sentido de pertenencia y compromiso de la mujer lactante a la empresa.
- Incrementa el rendimiento de la trabajadora durante la jornada laboral al sentirse más motivada y contenida para realizar sus actividades.
- Favorece la reincorporación al trabajo luego de la licencia maternal y reduce las licencias extraordinarias destinadas al cuidado del bebé.
- Logra mayor satisfacción de las trabajadoras al poder combinar el trabajo con la maternidad, en este caso expresado por la continuación de la lactancia materna.
- El personal se siente reconocido, respetado y apoyado como madres y padres (p.6-7).

Según el Reglamento de Condiciones para las Salas de Lactancia Materna en los Centro de Trabajo de Costa Rica, los centros de trabajo deben contar con la sala de lactancia acondicionada para esta práctica cuando el mismo albergue treinta mujeres, de esta manera se dice que deben de disponer de intervalos de tiempo para poder realizar la extracción de la leche materna. Además, esta sala debe disponer de un espacio físico de seis metros cuadrados y una altura de dos metros y cuarenta centímetros. Y contar con

refrigeradora, mesas, sillas, lavamanos, dispensador de jabón líquido y toallas, basurero, biombos o cortinas, accesibilidad, ventilación e iluminación adecuada, piso antideslizante, plan de limpieza de la infraestructura, equipo y mobiliario, y vías de evacuación en caso de una emergencia (Decreto ejecutivo N°41080, 2018).

La OPS (2011) destaca que la planificación de la lactancia materna en el trabajo, es una acción constante en el tiempo. Es por esta razón que, durante el embarazo, es vital que la madre conozca los derechos legales vinculados a la licencia por maternidad, hable con su empleador para conocer con qué servicios cuenta la empresa para realizar la extracción de la leche materna de manera cómoda y segura cuando sea el momento y buscar apoyo con otras mujeres de la empresa que hayan pasado por esta experiencia.

Es importante que la madre conozca los derechos laborales que posee, en este caso los vinculados con la lactancia materna. De esta manera, según el artículo 97 del Código de Trabajo de Costa Rica:

Toda madre en época de lactancia podrá disponer en los lugares donde trabaje de un intervalo de quince minutos cada tres horas o, si lo prefiere, de media hora dos veces al día durante sus labores, con el objeto de amamantar a su hijo, salvo el caso de que mediante un certificado médico se pruebe que sólo necesita un intervalo menor (p.34-35).

Durante la licencia por maternidad, la madre debe utilizar este periodo para concentrarse en su bebé y descansar y practicar la extracción de leche manual o por medio

de un extractor, de esta manera podrá guardar la misma y dársela a su bebé cuando regrese al trabajo. Además, tendrá una buena producción de leche y conocerá en qué momento del día podrá tomar un espacio en su trabajo para realizar esta práctica. Finalmente, la madre debe de ayudar a su bebé para que se adapte a tomar la leche en una taza, para que de esta manera no pierda el reflejo de succión (OPS, 2011).

3.6 Proceso de aprendizaje en la adultez

El aprendizaje es definido por Pérez (citado en Gorichon, Álvarez y Cardemil, 2015) como un “proceso permanente de reconstrucción conceptual y vital, reestructuración continua de los modos de representación, comprensión y actuación, al calor de las experiencias y reflexiones que cada uno vive con los objetos, personas, ideas y contextos que rodean su existencia personal y profesional” (p.5).

Sánchez y Cooknell (2017) comentan que el objetivo principal de esta formación en diversos contextos del área de salud es precisamente que alcancen un estado de autosuficiencia, autoconfianza y autoconocimiento, de tal manera que puedan llevar a cabo y asumir su propio cuidado e incorporen en su vida diaria hábitos saludables. Para que esta formación sea efectiva, debe de:

Proporcionarse en varias sesiones a lo largo de la estancia del paciente en el hospital; tener en cuenta el estilo de aprendizaje y el nivel de alfabetización del paciente; tener en cuenta la lengua y la cultura maternas del paciente; ser personalizada, utilizando métodos multimedia; ser sencilla pero precisa, utilizando

imágenes para mejorar los conocimientos sobre la salud; proporcionarse en un modo que empodere al paciente (Sánchez y Cooknell, 2017, p.61).

De esta manera es trascendental, tomar en cuenta las características propias de la persona adulta para la vivencia de su aprendizaje, es por esto que, se dice que poseen experiencias vitales que utilizan para dirigir e integrar su aprendizaje; poseen una motivación interna e interés en resolver conflictos; cuentan con conocimientos adquiridos que podrían aplicarse inmediatamente; y son independientes y responsables del tiempo, lugar y método de aprendizaje (Sánchez y Cooknell, 2017).

Comprendiendo las premisas anteriormente expuestas, es importante que el proceso de aprendizaje se adapte a la población meta con que se desea trabajar. En este caso las madres, padres y encargados de los niños y las niñas poseen necesidades propias de su edad. Es por esta razón que a continuación, se explican una serie de modelos y teorías educativas, como lo son el constructivismo y la andragogía, que están en sintonía con lo anteriormente mencionado.

3.6.1 Constructivismo.

Según, Schunk (citado en Olmedo y Farrerons, 2017) el constructivismo “se basa en que cada persona construye su propia perspectiva del mundo que lo rodea a través de sus propias experiencias y esquemas mentales desarrollados” (p.4). Cabe mencionar que este se centra en el proceso de aprendizaje que provoca el cambio de conducta que, y pone énfasis en lo social, la cultura, el humanismo y la subjetividad de cada persona.

Olmedo y Farrerons (2017), explican que en el aprendizaje las personas deben sentir una necesidad de aprender, además, de una motivación por el tema seleccionado. De esta manera, los medios instructivos y los soportes de la enseñanza deben reflejar estas características, requiriendo que la presentación, el tipo de letra y su legibilidad vaya acorde con las mismas y a las capacidades, actitudes y habilidades de los individuos implicados en el proceso de aprendizaje.

Los contenidos seleccionados en el proceso de aprendizaje, deben ser relevantes y significativos, además, de poseer una secuencia lógica que les confiera sentido, direccionalidad y uniformidad, es por esto que:

Se debe establecer un diagnóstico de los sujetos a los que destinamos nuestra acción, para ello es necesario conocer al grupo: sus intereses, el nivel de conocimientos, sus necesidades, las finalidades, etc. Tales informaciones nos permitirán enmarcar nuestras acciones y preparar la documentación, las actividades, los materiales de trabajo, etc (Olmedo y Farrerons, 2017, p.6).

Algunos principios que son tomados en cuenta por Olmedo y Farrerons (2017) para explicar el constructivismo, abarcan que el aprendizaje debe ser un proceso constructivo interno y activo, por lo que se considera subjetivo y personal. Este depende del nivel de desarrollo cognitivo, emocional y social, así como de la naturaleza y estructuras de conocimiento. Adicionalmente, el aprendizaje debe reconstruir los conocimientos y las experiencias previas, mediante apoyos que logren conducir a la construcción de puentes cognitivos entre lo nuevo y lo ya conocido. Este se facilita gracias a la mediación con los

otros, lo que conlleva a decir que el aprendizaje es social y cooperativo. Finalmente, los contenidos y los procesos son complementarios y debe favorecerse el aprendizaje planificando y organizando (Olmedo y Farrerons, 2017).

En cuanto al desarrollo cognitivo, se dice que este ocurre debido a cuatro factores, los cuales son, la madurez biológica, la experiencia con el ambiente físico, la experiencia con el entorno social y el equilibrio. Los primeros tres se explican por sí mismos, pero sus efectos dependen del cuarto. “El equilibrio es el factor central y la fuerza motivadora detrás del desarrollo cognitivo; coordina las acciones de los otros tres factores y permite que haya congruencia entre las estructuras mentales internas y la realidad ambiental externa” (Piaget citado en Schunk, 2012, p.236).

Evocando a Piaget (citado en Olmedo y Farrerons, 2017) se dice que “[...] el aprendizaje no se produce por acumulación de conocimiento, sino porque existen mecanismos internos de asimilación y acomodación. Para la asimilación es necesario el establecimiento de relaciones entre los conocimientos previos y los nuevos, donde la acomodación se consigue reestructurando el propio conocimiento” (p.9).

Para comprender de una mejor manera estos dos procesos complementarios que permean el factor equilibrio del párrafo anterior, Schunk (2012) anota que “la asimilación consiste en ajustar la realidad externa a la estructura cognoscitiva existente. [...] La acomodación consiste en cambiar las estructuras internas para lograr que sean congruentes con la realidad externa” (p.236).

3.6.2 Andragogía.

Castillo (2018), explica que el padre de la andragogía, Malcolm Shepherd Knowles (2006) define este concepto como “[...] un conjunto de principios fundamentales sobre el aprendizaje de adultos que se aplica a todas las situaciones de tal aprendizaje” además, [...] está orientada hacia la educación para adultos [...] no al aprendizaje de adultos” (p.65).

Como bien lo expresa Rumbo (2016), a pesar de que la andragogía implica una mayor independencia de las personas adultas para aprender, así como una enseñanza orientada hacia los roles sociales que desempeñan y a la resolución de los problemas de su vida cotidiana, es importante que los educadores y educadoras generen una situación pedagógica en la que estas personas aprendan a tomar conciencia de su mundo, a reflexionar sobre él y sobre su lugar en él, descubriendo las posibilidades de reestructurarlo y modificarlo, además, de contribuir con la sociedad.

Además, Lindeman (citado en Castillo, 2018) explica que la educación para este grupo etario es un proceso por medio del cual cobran conciencia de sus experiencias y es precisamente el reconocimiento de la importancia lo que permite que esta se desarrolle. Según este autor, existen diversos supuestos claves sobre el aprendizaje en los adultos, estos son los siguientes:

- Los adultos se motivan a aprender cuando experimentan necesidades e intereses que el aprendizaje satisfará.
- La orientación de los aprendices hacia el aprendizaje se centra en la vida.

- La experiencia es el recurso más rico para el aprendizaje de los adultos.
- Los adultos tienen una profunda necesidad de autodirigirse.
- Las diferencias individuales entre la gente se incrementan con la edad (p.65).

Por otro lado, Ubaldo y Martínez (2009) mencionan que en la actividad andragógica existen una serie de condicionantes, los cuales son, la confrontación de experiencias que transforma este proceso en algo dinámico, activo, real, concreto, objetivo y esencialmente práctico; la racionalidad que brinda elementos de juicio que le permiten reflexionar al adulto sobre los contenidos educativos; la capacidad de abstracción del adulto, en este caso el juicio crítico permite que este conozca perfectamente por qué y para qué participa en un proceso educativo voluntario, por lo tanto puede apreciar la manera ya sea deductiva o inductiva las consecuencias y finalidades de sus actos educativos; la integración y aplicabilidad de lo aprendido a las nuevas experiencias de su entorno social que pueda vivenciar en el futuro.

Knowles (citado en Castillo, 2018) explica que el modelo andragógico está compuesto por tres niveles, los cuales son, las metas y propósitos del aprendizaje, las diferencias situacionales e individuales y los seis principios fundamentales del aprendizaje de los adultos, siendo estos, la necesidad de saber, el concepto personal, la experiencia, la disposición para aprender, la inclinación al aprendizaje y la motivación para aprender.

- El aprendiz necesita saber por qué tiene que aprender algo antes de someterse al proceso de aprendizaje: Como el adulto es partícipe de su formación, él debe identificar claramente la necesidad de su aprendizaje, sabiendo sus metas podrá

aprovechar la formación para incorporar conocimientos que le permitan potencializar su desempeño.

-El autoconcepto: En la andragogía, el adulto por ser una persona con un grado de madurez tal que le permite saber que en él mismo está la responsabilidad de su crecimiento y de su vida, al dar el primer paso al decidir participar en un proceso de aprendizaje.

-El papel de la experiencia de los participantes: Aprovechamiento del capital humano, los participantes traen un cúmulo de conocimientos generales (de su vida, de su o sus grados académicos, de cursos previos y de otras tantas fuentes de información), así como las experiencias acumuladas por el tiempo y eventos vividos.

-Disposición de aprender del participante: Los contenidos temáticos desarrollados en el curso deberán ser significativos al participante adulto para que los relacione con su vida o algún rol de ella, asimismo, todas las actividades a realizar (tareas) deben estar estructuradas de tal manera que permitan pasar de una etapa de desarrollo a otra.

-Orientación hacia el aprendizaje: Es conveniente considerar dos cosas: que el curso esté planteado para obtener conocimientos, destrezas, valores y actitudes de una manera más eficaz al presentárselo en un contexto de aplicación a las situaciones de la vida real y que el tiempo sea el apropiado en la formación y no se llegue al extremo de mantenerlo sentado varias horas.

-Motivación para aprender: Es la generación del desplazamiento de una actitud hacia otra distinta, la fuente de la motivación viene del individuo mismo y para

algunos pueden ser: dinero, poder, autoridad o los tres; para otros puede ser: éxito, voluntad, valor y disfrute (p.67).

Adams (citado en Castillo, 2018) expone que el proceso de la andragogía es de orientación y aprendizaje, y que el rol del andragogo se basa en un liderazgo democrático y participativo con el fin de lograr una mayor profundidad en los planteamientos de los y las participantes y propiciar el aprendizaje de conocimientos necesarios, esta persona debe motivar la autorrealización de los y las participantes de acuerdo a sus necesidades, no presiona a los participantes para que acepten sus puntos de vista ni tampoco considera que posee todas las soluciones en torno a una temática en específica. También, utiliza diversos recursos para mantener abiertos los canales de comunicación entre él y los participantes, y de éstos entre sí, permite el desarrollo de habilidades del liderazgo en los participantes y crea una conciencia en los y las participantes en las formulaciones de alternativas ante diversos hechos.

Como bien lo esboza Gorichon et al. (2015) este proceso de aprendizaje requiere que el formador acompañe y medie, permitiendo que la persona confronte su experiencia y saberes con conocimientos nuevos, de manera que se reorganicen y transformen sus esquemas, representaciones y formas de interpretar y aprehender de la realidad en que la que se sitúa. El aprendizaje, debe ocurrir en un espacio en donde “[...] la persona se siente acogida, respetada y valorada en sus ideas, creencias y saberes, y surge también la necesidad de aprender a escuchar, respetar turnos de habla, defender sus posiciones, intercambiar puntos de vista, socializar y compartir sus aprendizajes [...]” (p.5).

3.6.3 Herramienta de aprendizaje.

Para el presente proyecto investigativo, se ha establecido el manual educativo como herramienta de aprendizaje para que las madres, los padres y encargados comprendan los elementos básicos necesarios para la lactancia materna. Por lo tanto, se identifica a continuación la conceptualización del mismo, con base en la revisión de varios referentes bibliográficos. Inicialmente, se conoce que:

El manual fue pensado como un instrumento técnico de escritura muy vinculado a la enseñanza en las escuelas y más propiamente a las lecciones del maestro. Los tres -manual, enseñanza y escuela- eran signos independientes, escrituras autónomas, instrumentos específicos que en lugar de estar vinculados entre sí en un todo armónico y sistemático eran piezas superpuestas (Quiceno, 2001, p.53).

Sumado a esto, se encuentra la definición que propone Castro y Villarraga (citado en Aguirre, 2015), cuando explica que los manuales escolares son:

Aquellos instrumentos didácticos que buscan servir de mediadores y reguladores entre un saber específico y los sujetos que intervienen en un proceso de educación formal (maestros-alumnos). [...] Los textos escolares representan una superficie que registra tanto un modelo pedagógico como el pensamiento de una época (Aguirre, 2015, p. 253).

Sobre lo anterior, Aguirre (2015), menciona que los manuales escolares son como puentes, que conectan el conocimiento y el saber con su difusión, pero que también, los manuales en algunas ocasiones, reflejan la realidad actual de la sociedad en la cual están inmersos y que, incluso, muchos pueden verse influenciados por cuestiones políticas que permean los contenidos y el aprendizaje de las personas. Esto se sustenta en lo que menciona Escolano (2012) cuando dice que:

El manual escolar tradicional se identifica como constructo textual acomodado a ciertos requerimientos sociológicos. Es un texto que puede ser condicionado políticamente, en la medida en que no puede salirse de los límites de contenido y valor que los gobiernos le marcan. [...] Además, al igual que los otros libros que circulan en el mercado, el manual escolar es un producto cultural intervenido (Escolano, 2012, p. 36).

Con respecto al propósito de la creación de los manuales, Quiceno (2001) comenta que la función principal del manual era explicar en una forma más simple los contenidos de los cuales se pretendía hablar, haciendo que fuera más accesible y sencillo de comprender para todas las personas. Por otro lado, Varela (2010) describe que las características principales que debe contener un manual escolar son:

Intencionalidad por parte del autor, sistematicidad, en la exposición de los contenidos, secuencialidad, adecuación para el trabajo pedagógico, estilo textual expositivo, combinación de texto e ilustraciones, reglamento de los contenidos, de

su extensión y del tratamiento de los mismos e intervención estatal administrativa y política (Varela, 2010, p.99).

3.6.4 Manual educativo y educación en salud.

Considerando las características de un manual, así como el propósito educativo con el cual se creó, es importante destacar que esta herramienta es una estrategia útil en la educación para la salud, la cual busca:

Responder de forma coherente a la evolución de las necesidades en salud y de los fenómenos relacionados con la salud – enfermedad que van ocurriendo en nuestra sociedad, priorizando los de mayor relevancia y vulnerabilidad educativa, abordando distintas áreas de intervención con diferentes poblaciones diana [...] y complementándose con otras estrategias y actuaciones (Pérez, Echaury, Ancizu y Chocarro, 2006, p.9).

Adicionalmente, según Soto, Masalan y Barrios (2018), la educación en salud corresponde con un “proceso dinámico y continuo que incluye comportamientos de autocuidado, cumplimiento con la asistencia sanitaria, recomendaciones, satisfacción en el cuidado de la salud, ajustes en la calidad de su vida y reducción de los niveles de angustia de los pacientes” (p .289). Estos aspectos que los autores identifican, otorgan a los profesionales en enfermería, principalmente, el rol de instructor o educador en salud, el cual deben integrar en el ser y hacer de la disciplina.

Reforzando lo planteado anteriormente, Soto et al. (2018), señalan que la función principal de los profesionales en enfermería es brindar cuidados. Sin embargo, destacan que “éstos están estrechamente ligados a la educación para la salud, la cual favorece el desarrollo de capacidades de autocuidado tanto en los pacientes como en las familias para aumentar la autoeficacia en su ciudad.” (p.289). Es decir, que el acompañamiento por parte de los profesionales en enfermería en los distintos escenarios es vital para que las personas logren realizar transiciones favorables, adaptarse a nuevos contextos y empoderarse en su autocuidado.

No obstante, los mismos autores Soto et al. (2018), consideran que la educación en salud en muchas ocasiones se ve afectada por varios factores, entre los cuales mencionan la gestión de recursos para implementación de los programas educativos como el principal obstáculo. Por otro lado, el garantizar la capacitación y especialización de las enfermeras y enfermeros en educación en salud, así como el aseguramiento de los recursos materiales y la habilitación de espacios adecuados, pueden ser factores que inciden positivamente en la motivación de los profesionales para seguir realizando las labores de educación con las personas, familias y comunidades, en una forma más óptima.

Sumado a esto, es importante contar con programas educativos adaptados según las necesidades de la población, que se enfoquen promover la salud, principalmente desde los primeros niveles de atención. Además, es indispensable que la efectividad de los programas sea evaluada periódicamente para realizar los ajustes necesarios en la intervención que realicen los profesionales (Soto et al., 2018).

3.7 Proceso de enfermería en el periodo prenatal y postnatal y su relación con la lactancia materna

Es importante, considerar que toda disciplina posee una estructura para poder realizar las labores que son conferidas a la misma, es por esta razón que es importante describir el concepto de proceso de enfermería, para comprender cómo se debe actuar en todos y cada uno de los escenarios en los que se desenvuelve la profesión, según González y Monry (2016):

El proceso enfermero representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, [...] cuyo enfoque recae en los resultados, los esperados y los obtenidos finalmente y su relación con el problema del individuo, todo ello sustentado en evidencia científica estandarizada; actualmente se consideran así a las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina, que son reconocidos y aceptados internacionalmente (p.125).

Reina (2010), ofrece otra definición que complementa otras nociones de gran relevancia a la hora de describir el proceso enfermero, de esta forma se dice que, es un sistema en donde el profesional de Enfermería, utiliza sus conocimientos, habilidades y juicio crítico, para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales y potenciales de salud.

Algunas de las características generales, que posee el proceso de enfermería son, que es sistémico, ya que se realiza secuencialmente, de manera organizada, por medio de las etapas mencionadas; es dinámico, porque las necesidades de cuidado expresadas por las personas cambian dependiendo del contexto y la situación de salud-enfermedad. Y finalmente, es oportuno, ya que se utiliza un periodo específico, con un plan de cuidados establecido, que al evaluarse puede modificarse o continuar según la evolución de cada usuario o usuaria (Reina, 2010).

El Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran (Reina, 2010, p.18-19).

Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo

con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas (Reina, 2010, p.19).

Cabe destacar que para que el proceso de enfermería pueda ser completado satisfactoriamente, requiere del cumplimiento de cinco etapas, las cuales son: la valoración, el diagnóstico, la planeación, la ejecución y la evaluación. A lo largo del tiempo, se han desarrollado diversos paradigmas, que deben guiar el proceso y la forma en la que debe visualizar el enfermero o la enfermera las necesidades humanas. Dentro de los mismos existen tres, los cuales son, el paradigma de la categorización, el paradigma de la integración y el paradigma de la transformación. Todos estos, responden a los retos que en alguna u otra época se debían resolver, y poseen metaparadigmas que explican de una manera más amplia en qué consiste cada uno.

Para efectos de este proyecto, se describe el paradigma de la transformación, el cual se considera que es el que se adapta mejor a las necesidades de las madres, los padres y encargados de los niños y las niñas en proceso de lactancia materna. En el paradigma de transformación, González y Monry (2016) mencionan que:

[...] plantea que cada suceso del ámbito de enfermería es único e irrepetible, los cuidados dejan de considerarse producto empírico o necesidades ocasionales y se transforman en actividades altamente complejas por la constante interacción humana, la enfermería comienza a crear posibilidades de “desarrollo propio” para

beneficiar a la persona bajo su cuidado y comienza a incursionar en procesos de investigación (p.127).

En cuanto a los metaparadigmas que componen el paradigma antes descrito, se menciona lo siguiente:

La **persona** es vista como un ser indisociable de su entorno, el cual es más que la simple suma de partes, posee un autovalor y autosentido de acuerdo a las experiencias vividas, al mismo tiempo que orienta su autocuidado según sus preferencias, el **entorno** por fin es considerado como “ilimitado»” y está conformado por todo el universo que rodea a la persona, este mismo se torna en constante cambio, la **salud** deja de ser simplemente la comodidad y se convierte en un estado de bienestar y realización personal que va más allá de la ausencia de enfermedad, se torna como una experiencia de vida personal y finalmente, el **cuidado** adquiere una orientación innovadora guiada por conocimientos científicos resultante de las mismas investigaciones profesionales, además de que se basa en la comprensión y guía a la persona más allá de lo tangible; la enfermera(o) cuida, e identifica, de manera previa, procesos, problemas y establece resultados concretos que se esperarían en cada persona, además de contrastar sus intervenciones con estos mismos resultados (González y Monry, 2016, p.127).

3.7.1 Teorías de Enfermería que puede ser implementadas en el periodo prenatal y postnatal y su relación con la lactancia materna.

Naranjo, Jiménez y González (2018) expresan que las teorías obtenidas a partir de la sistematización de los conocimientos (conceptos, términos, definiciones, entre otros) de los y las profesionales en enfermería y utilizando algunos elementos de otras disciplinas, han facilitado comprensión y el análisis de la profesión y su objeto de estudio que es el cuidado humano de manera individual, familiar y comunitaria. Adicionalmente, estas han sido una herramienta clave para permitir el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones necesarias para favorecer la calidad de los cuidados, de manera que se homologa la teoría y la práctica.

Es importante destacar que cuando un profesional de enfermería presta sus servicios profesionales a la sociedad en la que habita, debe de seleccionar una teoría o modelo que se ajuste a las necesidades que los individuos presentan y que guíe su manera de actuar ante las mismas. De esta forma, se considera que dentro del contexto en el que se desarrolló este proyecto investigativo, las enfermeras y los enfermeros, que hagan uso del manual educativo dirigido a madres, padres o encargados, pueden servirse de las siguientes teorías para desarrollar su proceso de atención de enfermería y así obtener resultados satisfactorios en su quehacer cotidiano.

3.7.1.1 Teoría del déficit de autocuidado: Dorothea E. Orem.

La teoría de Dorothea Elizabeth Orem, está subdividida en tres, las cuales son, la teoría de autocuidado, la teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. En el desarrollo de la misma, es importante tener clara la definición del

autocuidado, de esta manera Naranjo, Concepción y Rodríguez (2017) comentan que “es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción” (s.p.). Además, es una conducta aprendida, que surge a partir de situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o al entorno y está orientada hacia un objetivo específico que busca incrementar el bienestar (Naranjo, et al., 2017).

Para comprender de una manera más amplia el concepto de autocuidado este es descrito por Orem (citada en Marriner y Raile, 2007) de la siguiente manera:

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (p. 269).

Ahora bien, el autocuidado debe aprenderse y aplicarse voluntariamente y de manera continua, este debe evolucionar según las necesidades de los individuos durante las diversas etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía. Los enfermeros y las enfermeras deben servir de instrumento para encontrar los problemas o las necesidades de autocuidado dependiente o independiente a causa de incapacidad asociada a su condición, carencia de conocimiento, habilidad o motivación necesaria y que las

personas con limitaciones de salud o relacionadas de ellas puedan superar las mismas. En otras palabras, estos profesionales deben identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes (Naranjo et al., 2017).

Siguiendo esta misma línea de pensamiento, Prado, González, Paz y Romero (2014) explican que la enfermería para esta teorizante es vista como:

[...] el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético-legales y morales que desarrolla la profesión (p.837).

En lo referente a la teoría de autocuidado, esta está compuesta por un conjunto de requisitos que son necesarios para cuidar correctamente de sí mismo, dentro de estos están los requisitos de autocuidado universal, los requisitos de autocuidado del desarrollo y los

requisitos de autocuidado de desviación de la salud, siendo este conglomerado de elementos los que deben conformar parte de la valoración que debe realizar el profesional de enfermería. Ligado a estos, se encuentran factores condicionantes básicos, que pueden ser internos o externos y que afectan las capacidades de las personas para ocuparse de su propio cuidado y determinan el tipo y la cantidad de cuidados requeridos por las mismas. Dentro de estos factores se encuentran: edad, sexo, estado de desarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos. Cabe destacar que estos factores son para Orem una forma de definir el entorno de cada individuo (Naranjo et al., 2017).

Para Orem, la persona es un organismo biológico, racional, pensante integral y dinámico, que posee la capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para comunicar y guiar sus esfuerzos, además, de la capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente. La salud es un estado que se describe de manera diferente según sus distintos componentes. Por lo tanto, es considerada como la percepción del bienestar propio, dentro de este concepto se contempla la integridad física, estructural y funcional del ser humano, de esta manera, el desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, debe acercarse a niveles de integración cada vez más altos (Naranjo et al., 2017).

La teoría del déficit autocuidado “[...] es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que

las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son [...] adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto (Naranjo et al., 2017, s.p.).

Dependiendo de la respuesta que surja de la definición anterior, se puede decir que la persona posee un alta, media o baja agencia de cuidado. A pesar de que las personas poseen una alta capacidad para adaptarse a los cambios que pueden ocurrir en sus vidas, existen situaciones que pueden exceder su capacidad para responder a las mismas, de esta manera deben permitir que la ayuda que requieren sea proporcionada por agentes de cuidado, los cuales pueden ser familiares, amigos o profesionales de enfermería (Naranjo et al., 2017).

Existen acciones de autocuidado internas y externas, que establecer un parámetro para determinar los métodos de ayuda que la persona requiere. Dentro de las internas está, la secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos y la secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo. Y entre las externas se encuentra, la secuencia de acción de búsqueda de conocimientos, la secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos, las acciones expresivas interpersonales y la secuencia de acción para controlar factores externos (Naranjo et al., 2017).

Por medio de la identificación de estas acciones, los profesionales de enfermería pueden asegurarse que poseen información válida y veraz para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos, analizar la información descriptiva de los

sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente, determina cómo pueden ayudar a los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, identificar las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, de acuerdo con sus orientaciones internas y externas. De esta forma el enfermero o la enfermera debe seleccionar el tipo de sistema que requiere la persona vinculado con el grado de participación que posee el individuo en su cuidado, siendo estos, totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo (Naranjo et al., 2017).

Como bien retoman Prado et al. (2014), los profesionales de enfermería deben ofrecer diversos métodos de asistencia según las necesidades y las particularidades de los usuarios o las usuarias, de esta manera, el enfermero o la enfermera puede actuar en lugar de la persona, ayudar u orientar, apoyar física y psicológicamente, promover un entorno favorable al desarrollo personal o enseñar.

Finalmente, la teoría de sistemas, plantea que cada sistema está compuesto por tres elementos el profesional de enfermería, el usuario o el grupo de usuarios y los acontecimientos ocurridos. Para que los sistemas aplicados sean exitosos debe formularse previamente las acciones específicas que se va a realizar para satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud en el presente y en el futuro. Existen entonces, tres sistemas, el sistema totalmente compensatorio es requerido cuando el profesional se hace cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad; el sistema parcialmente compensatorio, no requiere de la misma amplitud o intensidad de la

intervención del profesional enfermería, el usuario está más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción; el sistema de apoyo educativo, se aplica cuando el usuario es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente, necesita ayuda del profesional de enfermería, siendo este un recurso que ayuda a la persona a tomar decisiones o enseña conocimientos y habilidades que considera necesario para que esta persona pueda continuar con su vida (Naranjo et al., 2017).

3.7.1.2 Teoría de las transiciones: Afaf Ibrahim Meleis.

En el contexto del presente proyecto, uno de los conceptos principales sobre los cuales se basa la teoría que propone Meleis es el de “Transición”. Sobre este, y relacionado específicamente con la transición del embarazo a la etapa postparto, se habla que:

Una transición es el tránsito entre dos periodos de tiempo estable donde la persona se mueve de una fase, situación o estado de vida a otra. El proceso de tener un hijo y los cambios de vida de la mujer, están determinados por una serie de factores internos y externos que repercuten en el manejo de esta transición; estos cambios y la manera de asumirlos, determinará si se presenta una transición saludable o no. (Canaval, Jaramillo, Rosero y Valencia, 2007, p.10)

La propuesta que presenta Meleis en su teoría de las transiciones responde a la necesidad que identificó en su trabajo, mientras investigaba la insuficiencia de roles que definía como “cualquier problema en el conocimiento y/o ejecución de un rol o de los sentimientos y objetivos asociados con la conducta de rol” (Marriner y Raile, 2007, p. 417)

y que las personas podían percibir de sí mismos o de otros cercanos a ellos. Por lo tanto, determinó que las transiciones eran definidas como no saludables o inefectivas con respecto a la insuficiencia del rol que las personas desempeñaran. Por esta razón, Meleis define “el objetivo de las transiciones saludables como un dominio de conductas, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos” (Marriner y Raile, 2007, p.417).

La teoría de las transiciones que Meleis expone, es una teoría de rango intermedio que contiene cinco conceptos importantes que se abordarán en este apartado, los cuales son: tipos y patrones de las transiciones, propiedades de la experiencia de la transición, condiciones de las transiciones (facilitadores e inhibidores), indicadores de proceso e indicadores de resultado y, por último, terapéutica de enfermería.

El primer concepto que se incluye en la teoría es “tipos y patrones de las transiciones”, el cual, según Marriner y Raile (2007) considera tres tipos de transiciones: desarrollo, salud y enfermedad, y situacional y organizativo. Las transiciones de desarrollo consideran todas las etapas del ciclo vital de una persona, desde su nacimiento hasta su muerte. Las transiciones de salud y enfermedad, se refieren a momentos en que las personas se ven inmersas en un ambiente como el de un tercer o primer nivel de atención, principalmente. Por último, las transiciones situacionales y organizativas, tienen que ver con las modificaciones del entorno laboral que pueden impactar en las personas y en sus roles, tanto de clientes, como de trabajadores. Por otro lado, los patrones se refieren a la existencia de múltiples y complejas transiciones que se dan, simultánea o secuencialmente en una persona. Es decir, se refiere a que, en determinadas ocasiones, cuando una persona

atraviesa una transición, dicho evento usualmente puede venir acompañado de una o varias transiciones adicionales, que a su vez pueden ser más sencillas o más complejas.

El segundo concepto se refiere a las propiedades de la experiencia de la transición, las cuales incluyen: conciencia, compromiso, cambio, tiempo y puntos críticos. Dichas propiedades están interrelacionadas entre sí. De esa manera en la persona, la conciencia, entendida como la percepción que tiene de su experiencia con la transición, junto con el compromiso, que es el nivel de responsabilidad que la persona otorga a su situación particular, al ser consciente de los cambios por los cuales atraviesa y que dan fluidez a los procesos internos y externos que puede experimentar en un tiempo determinado, se relacionan con puntos críticos y acontecimientos que pueden marcar el inicio o el fin de una transición. (Marriner y Raile, 2007)

Meleis y Schumacher (citadas en Marriner y Raile, 2007) comentan que el tercer concepto de condiciones de las transiciones se refiere a todas aquellas “circunstancias que influyen en cómo una persona se mueve hacia una transición, que facilitan o impiden el progreso para lograr una transición saludable”. (p.421) Así, pueden haber factores personales, comunitarios o sociales como parte de esas condiciones, que van desde las creencias religiosas, morales, éticas, propias de la persona, a la identidad de la comunidad en la cual está inmersa y la influencia de la sociedad en la que se desenvuelve.

El cuarto concepto según Marriner y Raile (2007), se relaciona con los patrones de respuesta, anteriormente identificados como indicadores de proceso e indicadores de resultado, que son los que “caracterizan las respuestas saludables” (p. 422). Los indicadores

de proceso permiten a los profesionales en enfermería valorar e intervenir a tiempo al interactuar con la persona, mientras que los indicadores de resultado permiten evidenciar si una transición fue realmente efectiva, es decir, si es saludable o no. Sumado a esto, Marriner y Raile (2007) comentan que “mediante la interacción, el significado de la transición y las conductas desarrolladas en respuesta a la transición pueden descubrirse, aclararse y reconocerse, lo que conduce a una transición saludable” (p. 422).

Finalmente, el quinto concepto es el de terapéutica de enfermería, el cual se basó en tres medidas. Primero la valoración de la preparación, que al ser la parte inicial incluye el primer contacto con la persona, la identificación de sus necesidades y requiere en algunas ocasiones de la participación y el aporte de diferentes profesionales en salud desde sus disciplinas. Seguidamente, se presenta la preparación de la transición, la cual se enfoca principalmente en la educación de la persona para prepararle para la transición y de esta forma llegar a la última medida, que es la suplementación del rol (Marriner y Raile, 2007).

Además de estos conceptos, Marriner y Raile (2007) mencionan que los principales supuestos de la teoría de las transiciones son los siguientes:

Las transiciones son complejas y multidimensionales y se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo. Pueden causar cambios de identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta. Las vidas diarias de clientes, entornos e interacciones se modelan por la naturaleza, condiciones, significados y procesos de sus experiencias de transición. También, que la vulnerabilidad está relacionada con experiencias, interacciones y condiciones del entorno de la

transición que exponen a los individuos a un daño potencial, una recuperación problemática o larga o un afrontamiento retrasado o nocivo. Y finalmente, las enfermeras son las principales cuidadoras de clientes y familias que sufren las transiciones (p.423-424).

En adición a los conceptos que Meleis presenta en su teoría de las transiciones, Canaval et al. (2007) proponen también las expectativas, como aquellas que la persona se plantea respecto a su situación, mismas que pueden influir de manera positiva o negativa en la consecución de una transición. Las expectativas las definen como:

Un fenómeno subjetivo que influye colectivamente en la experiencia de la transición. Durante la transición, las personas pueden o no conocer lo que esperan, y sus expectativas podrían no ser reales. [...] Las expectativas están influenciadas por experiencias previas, [...] expectativas muy elevadas pueden no ser alcanzadas durante la transición (p.12).

En el caso de la presente investigación y en relación con la teoría de las transiciones, según Canaval et al. (2007), se dice que “las transformaciones en la dinámica familiar durante el embarazo y el posparto dependen de los recursos internos de la familia, su estrato socioeconómico y del apoyo de redes sociales” (p.13). Según estos autores, un embarazo representa una transición importante en la identidad, las relaciones, las rutinas y los roles de cada una de las personas que conforman una familia. Por esta razón, es importante que los profesionales en enfermería puedan brindar un acompañamiento a estas personas, guiándoles en la consecución de una transición saludable durante todo el proceso y

tomando en consideración las características particulares de cada persona y del grupo al que pertenecen.

3.7.1.3 Modelo de adaptación: Sor Callista Roy.

Sor Callista Roy (citada en Marriner y Raile, 2007) anota que la adaptación se refiere “al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno” (p.360). Es evidente que los seres humanos deben reaccionar ante un estímulo (una situación) del entorno y adaptarse a cambios físicos y psicológicos, que pueden desprenderse de esta situación; por tal razón se dice que debe cumplir con una función.

En sintonía con esto, enfermería y los profesionales que se desenvuelven en esta disciplina tienen como objetivo ampliar la capacidad de adaptación y mejorar la transformación del entorno de los individuos, familias, grupos y poblaciones, atendiendo los procesos humanos vitales y tomando en cuenta el análisis de la conducta y las intervenciones que se pueden ejecutar para controlar los estímulos del entorno; todo esto en pro de la promoción de la salud y mejoramiento de calidad de vida (Roy y Andrews, citada en Marriner y Raile, 2007).

La persona es descrita como un sistema que está conformado por varias partes y a su vez es complejo, vivo, holístico y adaptable. Es vital anotar que posee la capacidad para pensar y sentir, se relaciona con otras personas, de manera que experimenta diversos procesos internos y se ajusta a los cambios que pueden ocurrir en el entorno y además

influir en este. De esta capacidad de adaptación se desprenden cuatro modos de vida, los cuales son, el fisiológico y físico, la autoestima o el autoconcepto de grupo, la función del rol y la interdependencia (Roy y Andrews, citada en Marriner y Raile, 2007).

La salud, de esta forma, es el proceso de transformarse en un ser integrado y completo, para ellos se debe tomar en cuenta la integración fisiológica, psicológica y social de la persona. Se debe considerar que en este proceso la enfermedad y la salud coexisten, al igual que la muerte, las enfermedades, la infelicidad, el estrés, sin embargo, la capacidad de combatirlos de la mejor manera, es lo que cuenta. Finalmente, el entorno, es el conjunto de condiciones, circunstancias e influencias provenientes del desarrollo y las conductas de las personas. Dentro de este entorno, existen factores positivos y negativos, como lo son, los focales, los contextuales y los residuales, que empujan a las personas a reaccionar ante los mismos para adaptarse (Roy y Andrews, citada en Marriner y Raile, 2007).

Para aclarar el proceso que generan los estímulos constantes en las personas, se dicen que estas están inmersas en sistemas abiertos, de tal manera que en cualquier momento pueden verse permeadas por una situación, con la cual deben reaccionar eficaz o ineficaz y adaptándose o no. Las respuestas de adaptación positivas son las que promueven la integridad y permiten que la persona consiga sus objetivos y por tanto una buena salud, vinculados con la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control y las transformaciones de la persona y su entorno (Roy y Andrews, citada en Marriner y Raile, 2007).

En el modelo de Roy existen dos sistemas que se relacionan, originando percepciones y reacciones diversas, el de procesos primarios, funcionales o de control, compuesto por el regulador y el relacionador y el secundario y de efectos que está conformado por las necesidades fisiológicas, la autoestima, la función del rol y la interdependencia. Cabe decir que estos sistemas y subsistemas se relacionan entre sí y tienen como propósito generar una adaptación y son permeados por los estímulos internos y externos (Roy y Andrews, citada en Marriner y Raile, 2007).

Para comprender mejor cada uno de estos sistemas, se puede decir que en lo que concierne al subsistema regulador, “por medio del modelo adaptación fisiológico, reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos” (Roy y Andrews, citada en Marriner y Raile, 2007, p.362). Y respecto al subsistema relacionador “por medio de los modos de adaptación de la autoestima, la interdependencia y la función del rol, reacciona por medio de canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones” (Roy y Andrews, citada en Marriner y Raile, 2007, p.362).

Por otra parte, los modelos de adaptación de ambos subsistemas, se describen de la siguiente manera:

El modo de adaptación **fisiológico-físico** se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse. El **autoconcepto de grupo [o la autoestima]** se centra en la

necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. [...]

El autoconcepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual). [...] La **función del rol** describe los roles primarios, secundarios y terciarios que desempeña el individuo en la sociedad. El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente al otro. [...] La **interdependencia** trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor [...] es la dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes [...] son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social. [...] (Roy y Andrews, citada en Marriner y Raile, 2007, p.362).

En relación al sistema social humano este posee dos subsistemas análogos, los cuales son, el estabilizador y el innovador. “El subsistema estabilizador se compone de una estructura organizativa, valores culturales y una regulación de las actividades diarias del sistema. El subsistema innovador [...] se relaciona con la creatividad, el cambio y el crecimiento” (Roy y Andrews, citada en Marriner y Raile, 2007, p.363).

4. Capítulo IV: Marco metodológico

4.1. Modalidad de la Investigación

Esta investigación corresponde a un proyecto de graduación, según el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica (s.f.) este es definido como “[...] una actividad teórico-práctica dirigida al diagnóstico de un problema, su análisis y a la determinación de los medios válidos para resolverlo” (s.p.).

Adicionalmente, Rosales (citada en Aguirre, 2009) define un proyecto como:

[...] una tarea innovadora, que involucra un conjunto ordenado de antecedentes, estudios y actividades planificadas y relacionadas entre sí que requiere la decisión sobre el uso de recursos, que apuntan a alcanzar objetivos definidos, efectuada en un cierto periodo, en una zona geográfica delimitada y para un grupo de beneficiarios solucionando problemas, mejorando una situación o satisfaciendo unas necesidades [...] (p.23).

En este caso el proyecto de graduación consistió en realizar un manual educativo actualizado y completo sobre lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México. De esta manera este conglomerado de personas puede contar con un acompañamiento continuo durante todo el proceso, tomando en cuenta las prácticas asociadas a preparación para una lactancia materna exitosa y prolongada.

4.2 Lugar

El presente trabajo se realizó en el Hospital México en los espacios de la Clínica de Lactancia, sala de espera de Ultrasonido y en dos cursos de preparación para el parto impartidos por una enfermera obstetra, tanto en el auditorio del hospital, como en un centro comunitario en Calle Blancos.

4.3. Población

Para identificar las necesidades principales, se entrevistaron diferentes poblaciones, entre las cuales se encuentran madres que asistieron al Hospital México en los escenarios de sala de espera de ultrasonido (6 personas) y sala de espera de la Clínica de Lactancia Materna (10 personas). Además, se incluyeron 57 personas que asistieron a cursos de preparación para el parto, tanto en el Hospital México (48 personas), como en la Iglesia Bautista de Calle Blancos perteneciente al Área de Salud de Goicoechea 2 (9 personas). Este último, se eligió con el fin de trascender el escenario hospitalario y tener una visión más amplia de lo que las personas en sus comunidades necesitan.

Asimismo, se contó con la participación de cuatro expertos y expertas en el tema de lactancia materna, siendo estos, profesionales en Medicina y Enfermería, que brindaron su perspectiva frente a la temática vinculada al presente proyecto investigativo.

4.4 Diseño metodológico

El enfoque investigativo de este proyecto fue cualitativo, según Hernández, Fernández y Baptista (2014), este enfoque:

Se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto. El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (p.7).

El enfoque cualitativo se adaptó de manera más adecuada al proyecto, dado que para el desarrollo del mismo se tomaron en consideración referentes teóricos, que según Hernández et al. (2014), son útiles para “detectar conceptos claves y nutrirnos de ideas sobre métodos de recolección de datos y análisis, así como entender mejor los resultados, evaluar las categorías relevantes y profundizar en las interpretaciones” (p.365); y de igual forma, se consideraron también las perspectivas, experiencias, dudas y conocimiento de las personas participantes, pues ambos fueron factores clave para guiar la construcción del manual educativo.

Sumado a lo anterior, el tipo de estudio que guio la investigación es descriptivo. Al respecto, Veiga, De la Fuente y Zimmermann (2008), refieren que:

En los estudios descriptivos, el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo, [...] y, sobre todo, limitándose a describir uno o varios fenómenos sin intención de establecer relaciones causales con otros factores. (p.83)

En cuanto al diseño de este trabajo, se utilizó la metodología proyecto, definido por Rosales (citado en Aguirre, 2009) de la siguiente manera:

Se trata de una actividad creadora donde la experiencia y el juicio de valor del experto tienen un papel importante, se da una combinación de recursos humanos, materiales, financieros e información, reunidos en una organización temporal [...] los recursos deben lograr un propósito determinado, el objetivo del proyecto y el proyecto deberá enmarcarse dentro de las políticas y estrategias de desarrollo del país, empresa, la institución, o la organización que realiza el proyecto. (p.23)

Adicionalmente, Rosales (citado en Aguirre, 2009) refiere que un proyecto:

Involucra un conjunto ordenado de antecedentes, estudios y actividades planificadas y relacionadas entre sí que requiere la decisión sobre el uso de recursos, que apuntan a alcanzar objetivos definidos, efectuada en un cierto periodo, en una zona geográfica delimitada y para un grupo de beneficiarios solucionando problemas, mejorando una situación o satisfaciendo una necesidad y de esta manera contribuir a los objetivos de desarrollo de un país. (p.23)

Ahora bien, continuando con la metodología proyecto, se debe destacar que está compuesta por diversas etapas, las cuales son: la fase de pre inversión, la fase de promoción, negociación y financiamiento, la fase de inversión o ejecución, la fase de operacionalización y funcionamiento y la fase de evaluación. A continuación, se explican

cada una de las fases y la manera en la cual se desarrolló el proyecto utilizando esta secuencia lógica.

4.4.1 Fase de pre inversión.

Según, Aguirre (2009) la fase de preinversión “[...] consiste en identificar las ideas de inversión, así como formular, evaluar y seleccionar los proyectos más rentables desde el punto de vista económico y social” (p.26). Rosales (citado en Aguirre, 2009) la describe como una:

[...] fase en donde se realizan los estudios y estimaciones tendientes a determinar la factibilidad y viabilidad de los proyectos. Identificar los proyectos, formularlos, evaluarlos y seleccionar los más rentables desde el punto de vista del mercado técnico, financiero, económico, social y ambiental. Aquí se dan todos los elementos necesarios y suficientes para la toma de decisiones referidas al futuro del proyecto (p.26).

Inicialmente, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre la legislación vigente en cuanto a Lactancia Materna en el país, así como posibles proyectos anteriormente elaborados con un propósito similar al de la presente investigación. Se revisaron manuales y guías nacionales e internacionales de lactancia materna, que, entre varios aspectos consideran que la atención integral e información que se brinde a las familias gestantes tendrá consecuencias a largo plazo en la salud de las personas. Lo cual evidencia la

necesidad de abordar esta temática desde otro enfoque, como lo es el diseño del manual educativo.

Según la CCSS (2009), en un documento oficial llamado “Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto”, para lograr dicha atención integral, es necesario cambiar de un paradigma biologista e intervencionista a un enfoque positivo de salud, que incorpora e integra los aspectos objetivos y subjetivos de proveedores (as) y de los y las usuarias (os). Además, argumentan este cambio en que:

Muchos estudios científicos han mostrado que las condiciones y la forma en que las mujeres viven su embarazo y parto tienen un impacto en sus vidas y la de sus hijas(os), por lo que los procesos de atención en el enfoque mencionado se deben sustentar en evidencia y no en mitos o costumbres que favorecen la implantación de prácticas nocivas o inútiles en la atención de las madres y sus bebés (CCSS, 2009, p. 15).

Además, como menciona Martínez, Martín, Macarro, Martínez y Manrique (2017), “se ha visto que la educación materna es un factor protector en la toma de decisión del tipo de lactancia que las madres ofrecerán a sus hijos, y que mejorará el mantenimiento de la LM” (p.64). Estos autores mencionan que los profesionales en salud pueden asesorar a la mujer, a la familia y a la sociedad en general en el periodo prenatal y postnatal, mediante el uso de herramientas como lo son las guías sencillas que respondan a los temas de relevancia en esta etapa del ciclo vital.

En cuanto al estudio de mercado, se establecieron una serie de reuniones con personal de salud del Hospital México, como lo son la Máster Marcela Zárate Montero, encargada de la Clínica de Lactancia Materna y el Dr. Juan Miguel Rojas Arias, Subdirector de Educación de Enfermería, bajo el aval de la Dra. Silvia Beirute Bonilla, Directora del Servicio de Enfermería. Estas reuniones permitieron contar con la aprobación para la realización de proyecto final de graduación, además del establecimiento de aspectos específicos para su ejecución.

Oferta y Demanda

Oferta: Se planeó elaborar un manual educativo relacionado con temas de lactancia materna, tomando en consideración que, las opiniones de las madres, padres, encargados y expertos y expertas en el tema. Esto porque, de acuerdo con los antecedentes nacionales, la revisión bibliográfica y la investigación realizada, se determinó la necesidad de elaborar un material educativo que compilara los aspectos más importantes sobre lactancia materna, exclusiva, prolongada y exitosa, pues no existe actualmente un documento nacional con estas características

Demanda: Se planteó que este manual se encuentre disponible y al alcance de todas las personas, en mayor medida a las familias lactantes (niños, niñas, madres, padres y encargados) a los estudiantes de Enfermería y otras carreras. De modo que sirva como herramienta educativa de soporte que contiene información actualizada, estandarizada y aplicable a las realidades de la población costarricense. para ser entregada por los profesionales en enfermería, en los servicios de consulta prenatal, servicio de maternidad, en las Clínicas de Lactancia Materna asociados a la CCSS y los cursos de Lactancia

Materna y el TCU 622: Lactancia Materna Efectiva prolongada para Enfermería y otras carreras, de la Universidad de Costa Rica.

4.4.2 Fase de promoción, negociación y financiamiento.

La fase de promoción, negociación y financiamiento comprende “[...] la negociación de los recursos necesarios, sean económicos, materiales o humanos. En consecuencia, en esta etapa se dan los subprocesos: viabilidad política e institucional, identificación de organismos financieros, elaboración del documento y estrategias de negociación” (Aguirre, 2009, p.28).

Según la CCSS (2009), para lograr un embarazo, parto y posparto exitosos, uno de los cuidados principales que deben brindar los y las profesionales en salud a las familias gestantes es, que las prácticas que se realicen sean basadas en evidencia científica, desmitificando acciones de cuidado que se realizan de manera tradicional pero que no están sustentadas en una base teórica que respalde dichas actividades. Por esta razón y tomando en consideración otros aspectos que se desarrollan en la guía que presenta la CCSS, como lo mencionan:

Se pretende con la aplicación de estos estándares que la atención se centre en la normalidad de los procesos fisiológicos del nacimiento, en la exploración, la observación, ya que estudios en Europa y en Estados Unidos señalan que en los centros donde las mujeres son bien valoradas, se respeta el proceso fisiológico y se respetan las decisiones de las madres tienen menores tasas de morbilidad materna e infantil (CCSS, 2009, p. 18).

Esto señaló y enriqueció la importancia de elaborar un documento que les permita a las madres, padres y encargados de niños y niñas en proceso de lactancia, tomar una decisión informada, consciente, voluntaria y libre con respecto a la alimentación con lactancia materna a dichos menores.

En cuanto a la sub-fase de **promoción**, se establecieron contactos con diversos centros de salud, obteniendo una respuesta positiva de parte de la Dirección de Enfermería y la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México para la realización del proyecto. En las diferentes reuniones establecidas con profesionales de salud, los mismos valoraron la importancia del material educativo y se sumaron a apoyar el proceso. De igual manera, las madres y padres comentaron que es un material que les sería útil en el aprendizaje del proceso de lactancia materna, lo cual es vital para garantizar la viabilidad del proyecto.

La **negociación**, se llevó a cabo en colaboración con la enfermera Máster Marcela Zárate Montero, así como profesionales de salud que laboran en espacios como lo son las Clínicas de Lactancia Materna, la Sala de Espera de Ultrasonido y los cursos de preparación para el parto del Hospital México. Además, se estableció el contacto con la Comisión Nacional de Lactancia Materna, con el fin de obtener un criterio técnico en la validación del manual educativo, para la futura publicación.

Finalmente, para el **financiamiento**, es importante destacar que el manual educativo tiene un carácter social al haber sido elaborado por las estudiantes como producto de la investigación. Sin embargo, para la impresión del manual en físico, se ha buscará el

financiamiento a través de diversas instituciones como la Universidad de Costa Rica, la Junta de Protección Social y la Imprenta de la Caja Costarricense del Seguro Social.

4.4.3 Fase de inversión o ejecución.

La fase de inversión o ejecución es “[...] donde se materializan todas las ideas y planteamientos del proyecto. Aquí se utilizan todos los recursos y los financiamientos para la compra o la contratación de recursos y se elabora el manual de ejecución que es el plan de acción [...] del proyecto” (Aguirre, 2009, p.30). Por medio de la revisión bibliográfica, la exploración de las necesidades de las madres, padres y encargados de niños y niñas, y el aporte de los profesionales de salud expertos en la temática, se creó un manual educativo sobre el proceso de la lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa durante el periodo prenatal y postnatal, que se ajustó a las especificidades de la población.

4.4.4 Fase de operacionalización y funcionamiento.

En esta fase, menciona Aguirre (2009), que “[...] se ve y se puede concretar los beneficios de la ejecución del proyecto. [...] el equipo gerencial ve materializados todos los esfuerzos” (p.32). Rosales (citado por Aguirre, 2009) indica que “en esta fase los bienes o servicios que se esperan del proyecto se prestan de manera continua y permanente durante la vida útil del proyecto” (p.32). En relación con los objetivos específicos del proyecto en cuestión, al ser una propuesta, el producto final no se implementó. Sin embargo, se espera que sea aplicado en el Hospital México inicialmente, a las personas que asistan a consulta externa, salas de maternidad o Clínica de Lactancia Materna. Por lo tanto, queda a criterio del órgano ejecutor la cantidad del producto que será distribuido en el centro de salud.

4.4.5 Fase de evaluación

Existen tres procesos inmersos dentro de la fase de evaluación, sin embargo, para ejecutar cada uno de ellos es importante destacar los momentos en los cuales se debe realizar la evaluación, al respecto, Rosales (citada en Aguirre, 2009), menciona lo siguientes: “la formulación del proyecto cuando se comparan varias alternativas, el agente financiador, la ejecución del proyecto para verificar y la etapa de funcionamiento” (p.34).

Exante

Aguirre (2009) anota que este proceso “se realiza durante todo el proceso de valoración de lo financiero y el impacto social donde se determina y avala la factibilidad, viabilidad y utilización del proyecto” (p.34). En concreto esta modalidad de evaluación, pudo ser realizada por medio de la búsqueda, revisión y selección bibliográfica actualizada de artículos, trabajos finales de graduación, sitios web, revistas en líneas, bases de datos, libros, manuales y guías ligadas a la lactancia materna, para robustecer la información contenida en el manual educativo.

Durante

En este proceso se vincula con el “[...] diseño del proyecto, cumpliendo con los objetivos propuestos. Se realiza en todo el proceso, el propósito es detectar las dificultades y corregirlas” (p.34). A medida que el proceso investigativo avanzó en la formulación del manual educativo, se modificaron aspectos que se consideraron oportunos, para mejorar la calidad y el éxito del producto final, basando estos cambios en las sugerencias y aportes de la población meta y los profesionales en salud.

Expost

Como proceso concluyente, el expost que se realiza después de la ejecución de un proyecto (Aguirre, 2009). Para ello se elaboró un instrumento que permitirá que los profesionales enfermería lo apliquen para evaluar, si es pertinente la modificación de algunos contenidos del manual educativo.

4.5 Técnicas e instrumentos

En lo referente a la recolección de datos, estos se obtuvieron por medio de diversas técnicas que permitieron fortalecer la creación del manual educativo sobre la lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México. Previo a la aplicación de estos instrumentos, se facilitó un consentimiento informado a cada uno de los y las participantes.

Observación

Según Hernández et al. (2014), la observación “[...] implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones” (p.399). Es de esta manera que se observaron a las madres y a sus acompañantes en los diferentes escenarios, tanto en el Hospital México como en el EBAIS de Calle Blancos. A su vez, se hicieron anotaciones en una guía previamente elaborada, para determinar las necesidades de las madres y sus hijos e hijas durante la práctica de lactancia materna (*Anexo I*).

Entrevista formal o estructurada

Otra herramienta que se utilizó fue la entrevista formal o estructurada, dirigida a varios expertos y profesionales en salud que poseen conocimientos amplios en materia de lactancia materna. Y en lo que compete a las madres y acompañantes, se utilizó la técnica de entrevista menos formal o medio estructurada.

Las entrevistas son definidas como “[...] una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). [...] En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema” (Hernández et al., 2014, p.403).

Este método se empleó para determinar las necesidades más importantes que deben ser cubiertas por el manual, desde el punto de vista fresco y actualizado de expertos y expertas, así como también, desde la perspectiva de los usuarios y usuarias y sus vivencias personales.

Sesiones en profundidad o grupos de enfoque

Las sesiones en profundidad o grupos de enfoque, según Hernández et al. (2014) consisten en “[...] reuniones de grupos pequeños o medianos (tres a diez personas), en las cuales los participantes conversan en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales” (p.408). Estos grupos de enfoque, se llevaron a cabo con el objetivo de determinar la validez y aplicabilidad del manual educativo en los diferentes escenarios.

Revisión bibliográfica

Hernández et al. (2014) definen que la revisión bibliográfica “[...] implica detectar, consultar y obtener la bibliografía (referencias) y otros materiales que sean útiles para los propósitos del estudio, de donde se tiene que extraer y recopilar la información relevante” (p.61), de esta manera se hizo uso de libros, artículos, manuales, trabajos finales de graduación, sitios web, revistas en líneas, bases de datos, entre otros para este fin.

Es importante destacar que de esta manera se pudo concluir que el manual educativo es una de las mejores estrategias para difundir la información más actualizada sobre la lactancia materna y sus elementos asociados. Además, se brindó una visión general de las teorías o modelos de enfermería más apropiadas en las que deben estar basadas las intervenciones de los profesionales en el área.

4.6 Consideraciones éticas

El principlismo es pues una de las perspectivas inmersas en los principios de Bioética en salud, esta corriente abarca cuatro principios esenciales los cuales son la autonomía, la beneficencia, la no-maleficencia y la justicia, interpretados a la luz de dos teorías, el utilitarismo mitigado y la deontología prima facie. Esta perspectiva como lo indica Escobar (2012):

Surge de la necesidad de buscar respuesta a los dilemas surgidos de los adelantos logrados por los desarrollos técnicos y científicos, los retos y dificultades frente a las perspectivas de cambio a nivel político, social y cultural, en un mundo cada vez más globalizado (p.7).

García (2013) anota que la autonomía en el ámbito médico significa que los valores, criterios y preferencias del usuario gozan de prioridad en la toma de decisiones, en virtud de su dignidad como sujeto. Además, debe brindarse protección adicional a los individuos incapaces de decidir por sí mismos (Kassem y Silverman, s.f.).

En el caso de la presente investigación, previo a las entrevistas, los conversatorios y los grupos focales, se contó con un consentimiento informado, en el cual se expuso el propósito del proyecto, las actividades a realizar si la persona decide participar, así como los riesgos y los beneficios que recibirá. Este consentimiento fue firmado por las personas participantes y las personas investigadoras y se otorgó una copia a las personas que autoricen ser parte del proyecto de manera voluntaria. Se explicó que las cuestiones que se discutan, serán de uso estrictamente confidencial y anónimo, además, que no tendrán repercusiones legales ni personales por haber accedido a participar.

En lo que respecta al concepto de la beneficencia compromete al investigador a proporcionar beneficios a los demás. En estrecha relación con este principio se encuentra el de la no maleficencia que obliga al investigador a no dañar a los demás. Como lo indican Kassem y Silverman (s.f.) esta requiere que exista un análisis de los riesgos y los beneficios de los participantes, asegurándose que exista una tasa riesgo/beneficio favorable. En el caso de este proyecto de investigación las madres, los padres y los encargados de los y las lactantes podrán seguir paso a paso si están teniendo un proceso de lactancia materna correcto, corroborar dudas recurrentes respecto a los temas más relevantes ligados a esta y evitar complicaciones ligadas a la madre o al lactante, siendo este manual educativo adaptado a las necesidades que manifiestan estas personas.

Finalmente, el principio de la justicia en el cual dentro de una sociedad se debe tomar en cuenta que:

[...] todos los sujetos merecen el mismo respeto y deben reivindicar su derecho a la vida, a la salud y a la equidad en la distribución de los recursos sanitarios. El principio de justicia refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, en lo que respecta al Estado, a la equitativa distribución de recursos para la sanidad, los hospitales, la investigación, etc. (García, 2013, p.69).

Para Kassem y Silverman (s.f.) la justicia requiere que la investigación esté diseñada de tal manera que las cargas y los beneficios sean compartidas en forma equitativa entre los grupos de población. Es vital destacar que la idea es que todas las personas en proceso de gestación y sus familias, tuvieran acceso a este manual educativo, de manera tal que no quedaron excluidas para aprender acerca de lactancia materna y reciban el acompañamiento necesario para alcanzar el éxito en este proceso. Dicho manual se utilizó y utilizará en la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, pero se espera que el mismo pueda llegar a los EBAIS, clínicas, hospitales y demás espacios de salud distribuidos a lo largo del país y que sea incluido en las consultas prenatales y postnatales.

En este apartado es importante mencionar también que la ley 9234 de regulación en la investigación biomédica, establece en el artículo 68 las consideraciones para investigaciones donde participen grupos vulnerables. En el caso de esta investigación, el ser mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, envuelve a las participantes de este estudio

en la condición de poblaciones vulnerables. Es por esta razón que las investigadoras declaran que, según lo explicado en dicha ley, esta investigación se llevó cabo respetando al máximo las condiciones que se estipulan para la realización de la misma, según el contexto de las personas participantes. Además, principalmente se destaca como orientador del artículo 68 el inciso C, el cual refiere:

c) Que el objetivo de la investigación sea obtener nuevos conocimientos que redunden en beneficio de otras mujeres o del producto de la concepción en cualquiera de las etapas del embarazo o del lactante (Ley 9234, 2014, p.17).

De esta manera, establecieron los parámetros de seguridad y protección a las personas que participaron de esta investigación, de modo que se respetaron sus derechos en todo momento y que la misma no atentara contra su integridad ni su dignidad como personas y, a su vez, manteniendo siempre un enfoque de derechos humanos.

Las personas participantes no obtuvieron un beneficio directo, sin embargo, contribuirán con un aporte de conocimientos en lactancia materna en la disciplina de enfermería y el área de salud. Además, al ser una investigación en donde no se llevaron a cabo intervenciones diagnósticas o terapéuticas con fines experimentales ni someterlos a condiciones controladas por el investigador, el riesgo se disminuye para quienes participaron.

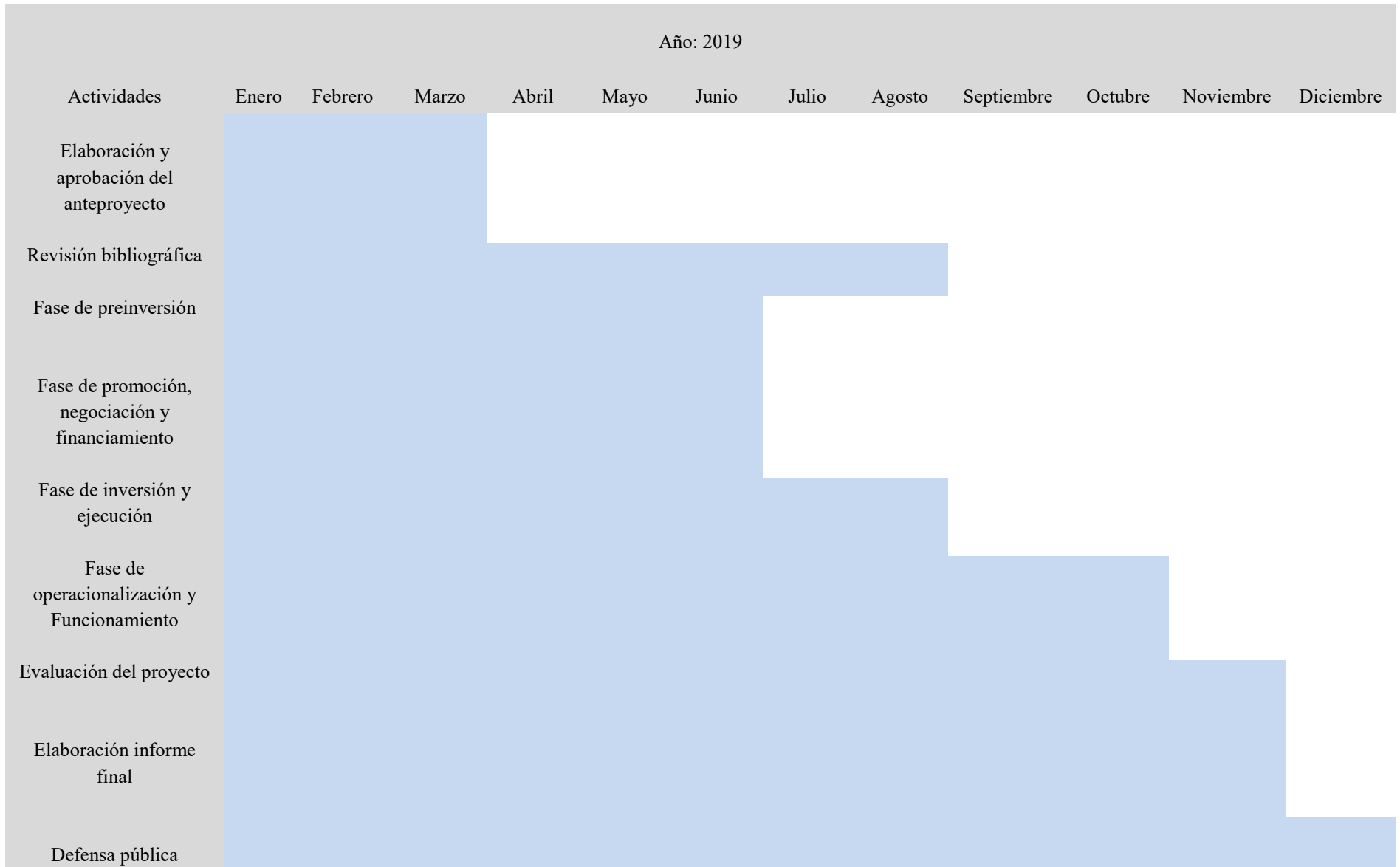
Sumado a lo anterior, para el presente proyecto es importante aclarar que para la observación no participante que se realizó, fue siempre en compañía de la Dra. Marcela

Zárate y no fue necesario la consulta de expedientes de salud de las usuarias de consulta externa, servicios de maternidad ni la Clínica de Lactancia Materna.

4.7 Calendarización del proyecto investigativo

El siguiente diagrama es el cronograma de la realización del proyecto investigativo durante el año 2019:

Año: 2019



5. Capítulo V: Análisis de resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos que guían el proyecto investigativo, como es el diagnóstico de necesidades y la elaboración del manual que se muestra mediante la ficha técnica. Estos resultados fueron recolectados mediante los métodos y técnicas descritas en la sección de metodología.

5.1 Diagnóstico de necesidades

Para determinar las necesidades de la población meta, se trabajó con dos grupos que consistían en la población meta y un conglomerado de expertos en el tema de Lactancia Materna.

5.1.1 Población meta.

La población meta estaba conformada por 73 personas, dividida en tres subgrupos:

- **Subgrupo A:** Estaba conformado por mujeres gestantes y sus acompañantes (57 personas en total), quienes asistieron al curso de preparación para el parto del Área de Salud de Goicoechea 2, en la Iglesia Bautista de Calle Blancos (9 personas) y al curso de preparación para el parto del Hospital México (48 personas).

En cuanto a las características sociodemográficas de este subgrupo de personas habitaban las provincias de San José (Tibás, Pavas, Rohrmoser, Desamparados, Coronado, Calle Blancos, Moravia, Guadalupe, La Uruca), Alajuela y Heredia. Las edades de las madres oscilaban entre los 16 años de edad y los 40 años de edad. Estas mujeres poseían

diversas ocupaciones dentro de las cuales mayoritariamente eran administradoras en primer lugar, luego ingenieras y finalmente, estudiante. Otras de las labores ejercidas por estas madres o futuras madres eran: cajera, profesora de música, asesora, abogada, recepcionista, desarrolladora de contenidos, maquillista profesional, formalizadora, técnica de uñas, auxiliar contable, tecnóloga en información. y psicóloga. Otras de las características que presentaba este grupo fue que tenían entre 4,5 meses y 9 meses de embarazo. En su gran mayoría las mujeres poseían de cero a un hijo o hija, por lo que solo una tenía tres niños o niñas.

- **Subgrupo B:** Estuvo compuesto por 6 personas, siendo estas, mujeres embarazadas con edades gestacionales entre los 4 a los 9 meses, que fueron abordadas en la sala de espera de ultrasonido del Hospital México.

En este caso todas las madres excepto una habitan la provincia de San José (Tibás) y la restante vive en Alajuela. Estas mujeres poseen edades entre los 17 y 36 años de edad. En adición, dos de estas personas eran amas de casa, una de ellas era estudiante, otra auxiliar de carnicería, otra secretaria y la última, era supervisora de cobro. En general, poseen entre cuatro y nueve meses de gestación. Tres de ellas no poseen hijos o hijas hasta el momento, dos poseen un hijo o hija y una de ellas posee dos niños o niñas.

- **Subgrupo C:** Este consta de 10 mujeres con recién nacidos cuyas edades estaban entre los 5 días a 2 meses de edad, quienes fueron abordadas en la sala de espera de la Clínica de Lactancia del Hospital México.

En lo que se refiere a lugar de residencia, las personas de este grupo habitan las provincias de San José (Tibás, La Uruca, Aserrí), Heredia y Alajuela. Las edades de estas mujeres rondan de los 15 a los 39 años de edad. En cuanto a sus ocupaciones, cuatro de ellas eran amas de casa, dos eran estilistas, dos estudiantes, una secretaria y otra promotora. Cinco de estas madres poseían un niño o niña, además del recién nacido, cuatro de ellas no tenían hijos o hijas previos y una de ellas poseía tres hijos e hijas sin contar a su bebé lactante. Respecto a sus hijos a hijas, estos poseían de cinco días a dos meses de edad, es importante decir que todas estas madres le proporcionaron a sus hijos en los primeros días de postparto lactancia materna hasta la fecha.

5.1.2 Análisis de la información.

A continuación, se presentan la información recolectada en los conversatorios y las observaciones realizadas con la colaboración de algunas de las madres y acompañantes que asistieron a los diferentes escenarios mencionados en el apartado anterior. El análisis será enriquecido con algunos de los elementos hallados en los instrumentos aplicados, para ejemplificar de manera más concreta las necesidades de esta población.

Una de las preguntas claves en esta investigación está vinculada con conocer las necesidades de estas personas, en cuanto a los temas que debe contener el manual educativo. Cabe destacar que si bien es cierto este grupo está compuesto por madres y acompañantes, existen ligeras variantes en sus respuestas, ya que se encontraban en el periodo preparto o postparto, influyendo directamente en el proceso de aprendizaje.

A partir de un aprendizaje constructivista y andragógico, centrado en la vida, en los roles sociales que los individuos deben cumplir y los problemas por resolver, además de las

áreas cultural, humanista y subjetiva, incluyendo los intereses, nivel de conocimiento, necesidades, capacidades, habilidades y actitudes de esta población, se asegura la efectividad de este proceso (Rumbo, 2016; Lindeman citado en Castillo, 2018; Olmedo y Farrerons, 2017). Los resultados de esta sección arrojaron la siguiente información (*Anexo 5*):

Tabla 2

Temas de Lactancia Materna sugeridos por madres, padres y acompañantes para ser incluidos en un material educativo

| Respuesta | Registro de respuestas | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| | Curso de preparación para el parto | Sala de espera de Ultrasonido | Clínica de Lactancia Materna |
| Amamantamiento: posiciones, técnica, agarre (técnicas para mejorar agarre, jeringa, vasito, beberito, etc), acople, succión, deglución, absorción (verificar la buena absorción mediante la vigilancia de la micción y defecación del bebé), formas de evitar el cese en la producción de leche materna, abordaje del rechazo al pecho materno | ✓ | ✓ | ✓ |
| Alimentación recomendada del niño y la niña en las diferentes etapas (ablactación, talla y peso) | ✓ | ✓ | ✓ |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Proceso de extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna (masaje para extracción, uso de sacaleches) | ✓ | ✓ | ✓ |
|--|---|---|---|

| | | | |
|--|---|---|---|
| Cuidados del recién nacido (cómo manipular al recién nacido, cómo prevenir y atender cólicos, pañales, baño, higiene bucal, hambre, dolor, sueño, llanto, higiene de mano y ambiente para bebé y su familia) | ✓ | ✓ | ✓ |
|--|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Prevención y abordaje de las complicaciones que pueden surgir en la lactancia materna (mastitis, pezones con grietas, ictericia, depresión, dolor, eritema, enrojecimiento, hipoglicemia, congestión por sobreproducción) | ✓ | ✓ | ✓ |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Duración de cada toma e intervalos entre cada una | ✓ | ✓ | ✓ |
|---|---|---|---|

| | | | |
|------------------------------------|---|---|---|
| Beneficios de la lactancia materna | ✓ | ✓ | ✓ |
|------------------------------------|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Alimentación recomendada en la madre durante el embarazo y el proceso de lactancia materna (hidratación, alimentos que aumentan y disminuyen producción de la leche, alimentos restringidos, lista de medicamentos compatibles con la LM-antibiótico) | ✓ | ✓ | ✓ |
|---|---|---|---|

Anatomía materna y proceso fisiológico de la lactancia materna (de dónde viene leche, diferentes tipos de pezones y mamas para la lactancia materna, bajada de leche, caída de tejido mamario, cambios estéticos, etc)

✓

✓

Mitos y verdades sobre la lactancia materna (¿la lactancia materna debe doler o arder?, intolerancia a la leche materna, puede olvidar el pecho con otras técnicas, alimentos que pueden hacer que la leche sea de mejor calidad)

✓

✓

✓

Colecho, contacto piel con piel, vínculos afectivos (apego) e higiene del sueño del bebé (como despertarlos)

✓

✓

✓

Soporte profesional durante la lactancia materna (líneas de ayuda, bancos de leche y clínicas de lactancia materna, ¿cuándo buscar ayuda profesional?)

✓

✓

✓

Cuidados pre y pos parto de la lactancia (uso pezoneras, cremas, cuidados de las mamas, del pezón y pecho)

✓

Lactancia especial (paladar hendido, síndrome de Down, prematuros, bajo peso, mujeres sobrevivientes de cáncer de mama)

✓

✓

| | | | |
|--|---|---|---|
| (radioterapia), y lactancia materna en adolescentes) | | | |
| Tiempo que debe durar la lactancia materna exclusiva/prolongada | ✓ | ✓ | ✓ |
| Manejo de la lactancia materna cuando se regresa al trabajo (lactarios: ¿cómo funcionan?, legislación laboral) | ✓ | ✓ | |
| Tipos de leche materna (calostro en el embarazo) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Uso de sucedáneos de la leche (alergias) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Estimulación temprana en el niño y la niña | ✓ | | ✓ |
| Preparación de las mamas para la lactancia materna | ✓ | ✓ | |
| Tamaño del estómago de los y las bebés según edad (¿es la lactancia materna suficiente?) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Uso del biberón y chupetas en la lactancia materna exclusiva (consecuencia) | ✓ | | ✓ |
| Elementos generales del puerperio | ✓ | | |

Nota: elaboración propia con datos recolectados en la Sala de espera Ultrasonido del Hospital México y en los cursos de preparación para el parto realizados en el Hospital México y Calle Blancos (2019).

De esta manera se determinó que todos los subgrupos consideran de gran relevancia incluir en el material temas como lo son el amamantamiento, tomando en cuenta elementos como las posiciones para amamantar, la correcta técnica para un acople entre la boca y el pecho de la madre, las formas de evitar el cese en la producción de leche materna, los indicadores de una correcta succión, deglución y adecuada absorción de los nutrientes por parte del lactante; la ablactación en los niños y las niñas; y el proceso de extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna.

Con respecto a estos temas, durante la observación se logró identificar un instante en que la enfermera obstetra le solicitó a una de las madres que diera de mamar, en ese momento se verificó el acople de la boca del lactante y el pecho de la madre. Se visualizó durante el ejercicio de esta práctica, como la niña colocaba su boca sólo en el pezón, provocando ardor en la zona, acompañado de indicios de candida en el pecho de su madre.

Otro ejemplo, donde se observó una dificultad en el acople, fue cuando una madre al momento de ofrecerle el pecho a su hijo, estaba tensa, lo sostenía nerviosamente y se inclinaba sobre él, provocando que el cuerpo del bebé estuviera torcido. Además, la boca del niño no estaba completamente abierta, el labio inferior estaba invertido, colocaba su boca exclusivamente en el pezón de su madre, el mentón no tocaba el pecho y era posible escuchar sus chasquidos. Como consecuencia de este acople, la madre presentaba fisuras y resequedad alrededor del pezón, manifestando que la práctica era dolorosa e incómoda.

En relación con estos datos recolectados, se destaca lo que Quintero et al., (2014), mencionan al respecto cuando se dice que “el hecho de que el cuerpo del niño quede bien cerca de la madre permitirá que ambos, madre e hijo, se sientan más cómodos, y que, al no tirar del pezón, no se formen grietas”. (p. 160). Por lo tanto, es indispensable que se trabaje en la técnica inicial para poder establecer una lactancia exitosa, con el apoyo y asesoramiento adecuados.

En cuanto a la alimentación recomendada del niño y la niña en las diferentes etapas, y tomando en cuenta lo recabado durante la observación, una de las acompañantes comentó que, debido a ciertos tabúes transmitidos por su madre, sentimientos de vergüenza y actitudes negativas hacia la lactancia, esta no fue exclusiva ni prolongada. Rápidamente, ella incorporó a la dieta de sus hijos alimentos varios como lo eran, caldos de frijol, puré de verduras, arroz, agua, frescos naturales, leche de vaca, entre otros.

Considerando la experiencia de esta persona, autores como Perdomo y De Miguel (2015) refieren que “la necesidad de iniciar una alimentación complementaria obedece a una serie de factores funcionales, nutricionales, educacionales y socioeconómicos” (p.260). La maduración fisiológica del sistema digestivo de los lactantes de acuerdo a su edad, las condiciones socioeconómicas de las familias y el ambiente en el que se encuentran inmersos, son factores que tendrán incidencia en la manera en la que se inicie y prolongue la alimentación complementaria.

Además, los participantes de todos los subgrupos anotaron que se debían tomar en cuenta temas como, los cuidados del recién nacido, considerando cómo manipularlo,

bañarlo, prevenir y atender cólicos, cómo y cada cuanto se deben cambiar los pañales, la higiene bucal, las señales que indican las diversas necesidades (hambre, llanto, sueño y dolor), la higiene de manos en los visitantes que ingresen a conocer al nuevo integrante de la familia y cómo debería ser el adecuado ambiente para el bebé y su familia; la prevención y el abordaje de las complicaciones que pueden surgir en la lactancia materna (mastitis, pezones con grietas, ictericia, depresión, dolor, eritema, enrojecimiento, hipoglicemia, congestión mamaria, entre otras).

En las observaciones realizadas, con relación al tema de cuidados del recién nacido, se visualizó que uno de los niños estaba vestido con elementos innecesarios como guantes en las manos y gorro, por lo que la profesional le recomendó eliminar su uso, argumentando que, en el caso de los guantes, estos impiden que perciban estímulos táctiles, se reconozcan a sí mismos y que disminuya su ansiedad. En lo que respecta al uso de gorros, mencionó que no son efectivos para mantener la termorregulación y pueden generar presión en la zona. La enfermera le indicó que la mejor medida para mantener la temperatura adecuada del bebé es el contacto piel con piel, o bien, el método canguro.

Con respecto al vestuario, la ropa del recién nacido debe ser, idealmente, de algodón, amplia, cómoda, liviana, sin costuras gruesas, lazos o cordones; y debe lavarse por aparte con jabón neutro. Además, el vestuario no debe impedir el contacto piel con piel y los estímulos sensoriales del bebé con su entorno (Segovia, et al., 2007). Asimismo, se debe fomentar la práctica del método mamá canguro, para favorecer la lactancia materna, la ganancia de peso en el lactante, mejorar la confianza en la madre y sus capacidades de cuidado del recién nacido, fortalecer los vínculos afectivos y el apego entre el lactante y su

familia. Este método beneficia la adaptación extrauterina del recién nacido, sobre todo en aquellos nacidos pretérmino, mejorando sus parámetros fisiológicos, como respiración, temperatura y peso, así mismo, le aporta estabilidad emocional, contando con mayor confianza y seguridad. (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2010).

También, se apreció como una de las madres, mientras se realizaba la evaluación del proceso de amamantamiento, indicó que tenía ardor en los pezones y dureza al tacto en un pecho, lo que sugeriría una congestión mamaria e inicios de mastitis. Para resolver estas complicaciones, la enfermera comentó, que debía masajearse el pecho a medida que el lactante succionaba el mismo y realizar masajes orofaciales para estimular la succión efectiva del niño. Se observó, que el bebé tenía signos de candida oral, por lo que se le indicó el uso de una crema adecuada y paños de manzanilla fría, como medidas de tratamiento.

Los síntomas presentados por la madre son algunos de los que se muestran comúnmente en el desarrollo de la mastitis, que puede llegar a suponer la formación de un absceso o la sepsis en la madre. Esto ocurre comúnmente por la retención de leche materna, a causa de un mal acople entre el pecho materno y la boca del bebé, tomas de leche poco frecuentes o extracción ineficaz de la leche; y el sobrecrecimiento bacteriano (Arley, 2017; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017). Sin embargo, el hecho de que la madre busque apoyo en la práctica de lactancia vinculada con una intervención oportuna por parte del profesional de enfermería, puede evitar la evolución de cuadros más severos de esta patología.

Estas personas consideran que para contar con un material más completo se deben tomar en cuenta elementos relacionados con la duración de cada toma e intervalos entre cada una; los beneficios de la lactancia materna; la alimentación e hidratación recomendada en la madre durante el embarazo y el proceso de lactancia materna y medicamentos compatibles con el proceso; los mitos más comunes sobre la lactancia materna; el colecho, el contacto piel con piel, los vínculos afectivos y la higiene del sueño del bebé.

Sin número de las madres que colaboraron con las observaciones, desconocían cuál era la frecuencia con que se debía dar la lactancia materna y el tiempo estimado del proceso. Sin embargo, la enfermera obstetra les indicó que durante el día las tomas debían ser cada dos horas y en la noche cada tres horas, además que este proceso no debía durar más de veinte a treinta minutos y que era vital vaciar completamente una mama para continuar con la otra.

El cumplir con la frecuencia y la cantidad adecuada de leche materna, favorece la prolongación de la lactancia materna, aumenta la satisfacción de la madre, disminuye la pérdida de peso de los lactantes y evita complicaciones asociadas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017) por lo que es sumamente importante la educación continua en este aspecto, de manera que las madres conozcan el principio de las tomas diurnas y nocturnas y la capacidad gástrica del niño o la niña de acuerdo a su crecimiento y desarrollo.

En otra observación, una de las acompañantes mencionó que el contacto físico y las muestras de afecto no eran tan frecuentes entre los miembros de la familia, por lo que esto

permeó en la manera en que se relacionó con sus hijos y sólo más adelante se dio cuenta de la importancia de los vínculos madre e hijo o hija.

El contacto físico del bebé con su madre y familiares, favorece ampliamente la adaptación al entorno, además, de generar sentimientos de seguridad y confianza en el niño o la niña y el desarrollo de la personalidad. El vínculo generado por el contacto piel con piel, debe iniciar en la primera hora de vida, pues además de favorecer lo anterior, permite que la lactancia materna exitosa sea más sencilla para la madre (Gómez citado en Begoña et al., 2015; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2017).

Continuando con esta misma línea de pensamiento, todos los subgrupos tomaron en cuenta dentro de sus respuestas temas como lo son el soporte profesional durante la lactancia materna, relacionado con las líneas de ayuda, los bancos de leche y las clínicas de lactancia materna; el tiempo que debe durar la lactancia materna exclusiva y prolongada; los tipos de leche materna según las necesidades del lactante, el uso de sucedáneos de la leche; el tamaño del estómago de los y las bebés según edad y la cantidad de leche suficiente para cubrir sus necesidades.

Durante la observación, fue posible determinar que algunas participantes destacaron la importancia de contar con la colaboración de profesionales expertos en el tema. Esto porque según comentaban, en cada experiencia pueden surgir nuevos retos y hay algunas personas que no cuentan con diversas redes de apoyo para el proceso de lactancia, de

manera que deben enfrentarlo solas. Es indispensable que los profesionales que brinden la atención se aseguren que sea de calidad y que signifique una experiencia positiva.

Es acá donde el constructivismo y la educación en salud cobran un papel especial para las madres y los acompañantes. De manera que se debe construir nuevo conocimiento por medio de la realización de un puente cognitivo entre lo nuevo y lo antiguo, armonizar ambos elementos, dándole sentido, significado y relevancia a lo que se asimila. Y como bien lo destaca Soto et al. (2018) favorece el desarrollo de las capacidades de autocuidado y autoeficacia de las personas, esto debe complementarse con la correcta gestión de los recursos para la implementación de programas educativos en salud.

En cuanto a los condicionantes de la actividad andragógica, la confrontación de experiencias ligadas a roles sociales que deben ser cumplidos prontamente, como lo es la lactancia materna y todos los desafíos vinculados, hace de esto una necesidad y realidad latente. Es así como el individuo racionaliza la necesidad de aprender los contenidos mostrados por los profesionales en salud. Además, su capacidad de abstracción acompañada del juicio crítico, permite que conozca los objetivos y los beneficios de participar en este proceso de aprendizaje, pudiendo finalmente aplicarlo a su vida cotidiana (Ubaldo y Martínez, 2009).

Algunas madres que estuvieron presentes al momento de la observación no conocían cuál era el tamaño de la cavidad gástrica de los y las bebés según edad, por lo que manifestaron mucha preocupación. Las frases vinculadas con este punto fueron: “tengo miedo de que mi leche no le sustente” o “llora cuando quiere y yo quiero darle y no puedo”.

En algunas ocasiones, las madres presentaban dudas con respecto a la cantidad adecuada de leche materna que debía consumir su bebé para satisfacer sus necesidades alimentarias, e igualmente, desconfiaban de su capacidad para producirla. Por otra parte, a veces el llanto solo lo relacionaban con el hambre, sin embargo, existen otras razones o causas por las que el niño o la niña llora.

La razón de ser de la enfermería radica en atender la respuesta emocional ligada a la necesidad del cuidado en las distintas poblaciones. Para poder cumplir con esto, el enfermero o la enfermera debe realizar un juicio crítico frente a la situación que se está presentando, dando así solución a la misma. Se debe pues, establecer un estrecho acompañamiento guiado por diversas intervenciones adaptadas a las particularidades de la persona. Esa necesidad del soporte profesional, afirma la importancia de que exista quien atienda diversas dudas frente a un nuevo proceso como lo es la lactancia materna. Este soporte se puede ver materializado en espacios como la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo, los Bancos y Centros de Recolección de Leche Humana, las Salas de Maternidad, los cursos de preparación para el parto y demás sitios en donde Enfermería esté presente.

En cuanto a la anatomía y proceso fisiológico de la lactancia materna, las personas del subgrupo B (Sala de espera de ultrasonido del Hospital México) y C (Sala de espera de la Clínica de Lactancia del Hospital México), comentaron que deseaban saber más al respecto. Por otro lado, los participantes del subgrupo A (Curso de preparación para el parto de curso de preparación para el parto del Área de Salud de Goicoechea 2 y del

Hospital México), explicaron que deseaban conocer sobre los cuidados pre y posparto de la lactancia materna y los elementos generales del puerperio.

Cuando se aplicó el instrumento de observación, una de las madres manifestó temor porque según su percepción, su pezón era demasiado grande y complicaba la lactancia, sobretodo en el caso de su hija prematura. Sin embargo, se logró demostrar en la consulta con la enfermera obstetra, que esto no era obstáculo para la realización de esta práctica. Por su parte, otra de las madres al momento del amamantamiento tenía un pezón pequeño, sin embargo, esto no dificultó el proceso en absoluto. Inclusive la profesional, explicó que en la areola existen los tubérculos de Montgomery que excretan una sustancia que lubrica la misma, evita que se formen microorganismos y facilita el proceso. Además, de secretar pequeñas cantidades de leche y expeler un olor que permite que el niño o la niña active el reflejo de búsqueda.

En lo que respecta a este punto, se debe considerar que el cuerpo de la mujer se prepara desde la etapa embrionaria, pasando por la etapa puberal y la gravídica, para finalmente producir leche materna (Cristaldo y Arolfo, 2014), por lo que comprender lo anterior, supone un alivio para las madres que consideran que este aspecto será complejo en su caso particular. El principio básico que debe instaurarse en las madres se asocia a que el tamaño de la glándula mamaria no se vincula con su capacidad para producir leche (Cristaldo y Arolfo, 2014), y que por el contrario el nivel de confianza en sí mismas y sus propios cuerpos, influye en gran medida en el éxito de la lactancia.

Los subgrupos A y C, destacaron la importancia de aprender sobre la lactancia especial tomando en cuenta a los niño o niñas con paladar hendido, Síndrome de Down, prematuro, bajo peso, la lactancia materna en madres adolescentes y mujeres sobrevivientes de cáncer de mama; la estimulación temprana en el niño y la niña; y el uso del biberón y chupetas. Finalmente, el subgrupo A y B, consideraron relevante desarrollar temas como el manejo de la lactancia materna cuando se regresa al trabajo y legislación laboral; y la preparación de las mamas para la lactancia materna.

Durante la observación, se visualizó que la mayoría de las personas que asistían a la Clínica de Lactancia Materna estaban interesadas en la ganancia de peso de los bebés en condición de prematuridad, mientras que, por otro lado, hubo un caso en el cual la profesional en enfermería brindó recomendaciones para el cuidado del peso de un bebé con macrosomía (peso mayor a 3800 gramos) y atendió a una madre adolescente. Por las particularidades de estos casos y su complejidad, se sitúan en la clasificación de lactancia especial.

Una característica común entre las familias lactantes que enfrentan un proceso de lactancia especial, radica en una actitud ambivalente con respecto a la lactancia. Esto debido a que, a pesar de que en muchas ocasiones cuentan con los conocimientos teóricos y prácticos para resolver las situaciones que se les presenten, algunos deciden obviar y pasar por alto las recomendaciones que reciben por parte de los profesionales en salud, o bien no logran articular estos conocimientos con su cotidianidad.

A manera de ejemplo, Franco et al. (2018) comentan que, a nivel individual, las adolescentes pueden mostrar entusiasmo por alimentar a sus hijos mediante la lactancia materna. Sin embargo, factores como ausencia de asesoría de profesionales en salud, consejerías erróneas de pares o familiares, el regreso al centro educativo, sus actividades y rutinas como adolescente, entre otros, pueden entorpecer la lactancia materna. Sus primeras redes de apoyo son sus familiares, por esta razón, las intervenciones que los profesionales en salud realicen, deben ir dirigidas no sólo a la adolescente madre, sino también a su pareja (si está presente y si es pertinente), a sus padres y demás familiares.

Una vez identificados los temas que las madres, padres y encargados acotan como importantes, es posible observar que esta población debe contar con un apoyo educativo y formador constante en el tema de lactancia materna, por parte de los distintos profesionales en salud. Vale la pena mencionar que la promoción de la lactancia materna tanto en el periodo prenatal como posnatal, supone múltiples beneficios, además de la prevención de complicaciones maternas e infantiles que repercuten en la salud y la economía. Es así como se vislumbra que aún existe mucho trabajo por realizar en este campo, suponiendo un tema prioritario en el país.

En relación a la pregunta vinculada con el momento del periodo de gestación más conveniente para contar con el material educativo, todos los subgrupos (A, B,C), coinciden que debe ser durante el embarazo, acercándose a la fecha probable de parto y en espacios como las consultas periódicas del control prenatal y los cursos de preparación para el parto. Seguidamente, estos subgrupos consideran que debería ser en el periodo prenatal, al iniciar

el embarazo y finalmente, en el periodo postparto. En la tabla presentada a continuación, se puede visualizar los resultados anteriores a detalle (*Anexo 5*):

Tabla 3

Etapa del período de gestación en el cual las madres, padres y acompañantes consideran más conveniente recibir un material educativo sobre Lactancia Materna

| Respuesta | Curso de preparación para el parto en Calle Blancos | Sala de espera de Ultrasonido | Clínica de Lactancia del Hospital México |
|---|---|-------------------------------|--|
| Durante el embarazo (acercándose a la fecha probable de parto, en las charlas de preparación para el parto) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Desde el inicio del embarazo (periodo prenatal) | ✓ | ✓ | ✓ |
| En el periodo postparto | ✓ | ✓ | ✓ |

Nota: elaboración propia con datos recolectados en la Sala de espera Ultrasonido y Clínica de Lactancia del Hospital México, así como en el curso de preparación para el parto realizado en Calle Blancos (2019).

En cuanto a las respuestas del subgrupo A, específicamente, del curso de preparación para el parto del Hospital México, estas se recabaron por medio de una

modalidad diferente. Por factores de tiempo y simplicidad, se les realizó a todos los y las participantes la pregunta de manera general, es decir, todos aquellos que desearan conversar al respecto podían realizarlo y sus respuestas serían anotadas de manera fidedigna.

Se obtuvieron respuestas variadas, dentro de las mismas algunas familias mencionaron que les parecía más conveniente recibir el material educativo durante el periodo pre y posnatal, en la consulta prenatal, al nacimiento del niño y la niña, en los EBAIS y en las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo y en los colegios, siendo parte de los temas educativos impartidos por los profesores y las profesoras.

Si bien es cierto las necesidades de las madres y acompañantes son particulares y se entrelazan con las situaciones que se desencadenan en el proceso de gestación, existen conceptos básicos que deben ser abordados para evitar las complicaciones en este proceso. Varios autores comentan que la duración de la lactancia materna aumenta en un 5-10%, si se recibe la educación en periodo prenatal. El apoyo persona a persona o por teléfono, pueden ser medios para fortalecer la educación en salud con respecto al tema (Gobierno de la Rioja, 2015). Sin embargo, en cada uno de los periodos prenatales o postnatales, debe existir un constante acompañamiento y seguimiento de los profesionales en salud, sobretodo de las enfermeras y los enfermeros. Los materiales educativos, como el manual elaborado, son herramientas que pueden ser utilizadas por el profesional y proporcionadas a cada una de las familias que lo necesiten.

Por otro lado, es vital establecer una relación con el periodo en el cual se encuentra la madre y su familia y la labor que debe realizar el enfermero o la enfermera. De esta

manera es importante destacar que, cada profesional debe utilizar sus conocimientos, habilidades y juicio profesional, para realizar el Proceso de Atención de Enfermería, y así, brindar los cuidados pertinentes a sus usuarios y usuarias. Este proceso sistemático, dinámico y oportuno, busca obtener información relevante a través de la observación y la valoración, para contrastarla con la evidencia científica. Planteando así un problema y/o necesidad de cuidado que deriva un diagnóstico de Enfermería y un objetivo, que guía las intervenciones para alcanzar una serie de metas propuestas (González y Monry, 2016; Reina, 2010).

De manera simultánea, el profesional debe elegir una teoría o modelo acorde con el paradigma y con los retos actuales, que guíe el proceso de cuidado. Para efectos de este proyecto investigativo, se considera que se pueden utilizar la teoría del déficit de autocuidado creada por Dorothea Elizabeth Orem, la teoría de las transiciones establecida por Afaf Ibrahim Meleis y el modelo de adaptación formulado por Sor Callista Roy, esto según el periodo que esté atravesado la madre y sus acompañantes.

En lo que respecta al periodo prenatal, específicamente, el inicio del embarazo y dependiendo de la experiencia de cada madre y su salud, puede necesitar un apoyo parcial o total de los profesionales de salud (actuar por el otro, guiar y dirigir, ofrecer apoyo físico o psicológico, ofrecer y mantener un entorno adecuado, enseñar, etc.). Es aquí donde la enfermera o el enfermero, puede optar por valorar a esta persona desde la teoría del déficit de autocuidado, reconociendo los requisitos existentes y emergentes para el cuidado y unificarla con las habilidades y limitaciones de las acciones de los usuarios y las usuarias,

vinculadas con la lactancia materna y todo lo que puede influir directa o indirectamente en el éxito o fracaso de esta práctica vital para el recién nacido y su desarrollo integral.

Esta teoría de las transiciones que ha propuesto Meleis, de acuerdo con Marriner y Raile (2007), se ha vuelto una alternativa competente para plantear el cuidado que se brinda desde la disciplina de enfermería en los diferentes escenarios y niveles de atención. Tomando en cuenta las diferencias culturales, la diversidad poblacional así como las características socioeconómicas que se vislumbran. Al trabajar con mujeres y familias que atraviesan, específicamente, la transición entre la etapa del embarazo y el parto, la teoría resulta útil, puesto que brinda las herramientas necesarias para que las personas comprendan los cambios que se dan durante estas etapas, logren asumirlos y enfrentarlos de manera positiva y efectiva, resultando en lo que Meleis comentaba como una transición saludable. Esto se logra mediante una intervención del profesional de enfermería, generando, en conjunto con las personas involucradas, soluciones a los problemas identificados durante el proceso.

En cuanto al periodo postparto y debido a que el entorno cambia cuando se añade un nuevo ser al seno familiar, esto supone un proceso de adaptación física, psicológica y social constante a las diferentes actividades que desempeñan sus miembros, e inclusive un rol completamente nuevo. Es por esto que el modelo bajo el cual se puede valorar a la persona y su acompañante, es desde el modelo de adaptación. Es importante que el profesional tome en cuenta que estas personas experimentan sentimientos y conductas asociadas que influyen en el evento central. Por lo que puede que existan necesidades expresadas en los sistemas primarios o secundarios y en uno de los cuatro modos de vida,

los cuales son, el fisiológico y físico, la autoestima o el autoconcepto de grupo, la función del rol o la interdependencia. Estos modos de vida son alcanzados por factores positivos y negativos, como lo son, los focales, los contextuales y los residuales.

Tomando en cuenta la pregunta referente a los tipos de técnicas de aprendizaje más apropiadas para construir el material educativo sobre lactancia materna, la mayoría de las madres, padres y encargados, concordaron en que la mejor técnica era la visual, tomando en cuenta dentro de la misma elementos como la creación de un manual que contenga información ilustrada, videos cortos, presentaciones en powerpoint, lecturas complementarias o el uso de un medio de comunicación tan difundido como lo es la televisión.

Seguidamente, estas personas comentaron que la técnica kinestésica era una opción a considerar, de esta manera podrían hacer uso de simuladores para practicar diferentes elementos asociados a la lactancia o si es el caso podrían recibir una clase con los mismos objetivos y trayendo consigo a su bebé. Finalmente, la minoría de la población comentó que la técnica auditiva era la correcta para estos procesos, considerando las charlas, las explicaciones interesantes, las citas de control, como espacios para completar este proceso. En la siguiente tabla, se pueden visualizar los resultados con mayor detalle (*Anexo 5*):

Tabla 4

Técnicas de aprendizaje que las madres, padres y acompañantes consideran más apropiados para construir el material educativo

| Respuesta | Curso de preparación para el parto en Calle Blancos | Sala de espera de Ultrasonido | Clínica de Lactancia Materna del Hospital México |
|---|---|-------------------------------|--|
| Visual (manual, información ilustrada, videos cortos, imágenes, presentaciones en powerpoint, collages, lecturas, imágenes, televisión) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Kinestésico (simuladores o bebé propio) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Auditivo (charlas, explicaciones interesantes, citas) | | ✓ | ✓ |

Nota: elaboración propia con datos recolectados en la Sala de espera Ultrasonido y Clínica de Lactancia del Hospital México, así como en el curso de preparación para el parto realizado en Calle Blancos (2019).

Adicionalmente, en el conversatorio general las personas que asistieron al curso de preparación para el parto impartido en el Hospital México, mencionaron que las técnicas

aprendizaje que consideraban más efectivas, son la kinestésica, mediante la práctica y la visual, utilizando videos.

El aprendizaje es una continua reconstrucción conceptual que está vinculado con las experiencias y reflexiones que cada persona experimenta y la motivación intrínseca y la necesidad de resolver conflictos concretos. En el campo de la salud y en concordancia con los resultados hallados, existen principios para propiciar el aprendizaje, estos van en sintonía con la importancia de conocer el estilo de aprendizaje de la población meta y en nivel de alfabetización, además del lenguaje y la cultura de la población. Sin olvidar la importancia de que este proceso sea sencillo pero preciso, que exista retroalimentación continua, y que se utilicen imágenes y métodos multimedia (Pérez citado en Gorichon, Álvarez y Cardemil, 2015; Sánchez y Cooknell, 2017).

Es importante destacar que a pesar de que la mayoría de las personas consideraron que la técnica visual era la mejor para recibir la información relevante sobre lactancia materna, es recomendable que la entrega del manual educativo vaya de la mano con cursos impartidos periódicamente y que den respuesta a elementos explicados en el mismo de manera más amplia o bien la persona reciba orientación individual en los diversos espacios en los que se ofrecen las consultas. Además, se debe considerar a las minorías como las personas con capacidades o habilidades diferentes auditivas, visuales y cognitivas; de manera que el área del sector salud responda a las necesidades de toda la población costarricense.

Es vital destacar que para hacer efectivo el aprendizaje, se ocupa nutrir cada uno de los factores del desarrollo cognitivo, los cuales son la madurez biológica, la experiencia con el ambiente físico, la experiencia con el entorno social y el equilibrio. En la adultez estos elementos si bien en cierto están altamente desarrollados, la incorporación de nuevos conocimientos exigen que estos factores evolucionen por igual. Como bien lo destaca el constructivismo se debe encontrar una necesidad e interés en el individuo y de ahí partir para poder generar un cambio de pensamiento. Al consultar a los y las participantes, sobre qué temas les gustaría aprender y tomar en cuenta en qué etapa de la lactancia materna se encuentran, podemos hallar esa necesidad y a partir de esto establecer una herramienta que le permita al profesional de enfermería poder continuar con el aprendizaje.

En lo referente a las sugerencias de formato y diseño para el material educativo, la mayor cantidad de participantes indicaron que este material debería ser conciso y claro, de manera, que fuera sencillo, breve, directo, que incluyera poco texto, un lenguaje menos técnico y más coloquial, que era vital colocar una mayor cantidad imágenes y que la información estuviera representada por personas reales. Seguidamente, los individuos mencionaron que este debía ser llamativo, utilizando colores para este objetivo.

Y en menor proporción se indicó que el material no debía estar saturado de muchos colores, se podría agregar ejemplos y casos de la vida real, para interiorizar la diversa gama de temas enfocados en lactancia materna. Además, de la importancia de crear presentaciones adaptadas para personas que poseen alguna discapacidad, por ejemplo, la realización de un material en braille. Por último, se mencionó que el uso de datos curiosos,

era una forma divertida de presentar información importante. La tabla que a continuación se presenta contiene los datos anteriores de manera más gráfica (*Anexo 5*):

Tabla 5

Sugerencias de formato y diseño para el material educativo, aportados por las madres, padres y acompañantes

| Respuesta | Curso de preparación para el parto en Calle Blancos | Sala de espera de Ultrasonido | Clínica de Lactancia Materna del Hospital México |
|--|---|-------------------------------|--|
| Conciso y claro (poco texto, menos técnico, más coloquial, sencillo, breve, directo) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Con más imágenes (reales) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Llamativo (colores) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Pocos colores | | ✓ | |
| Con ejemplos y casos de la vida real | ✓ | | |
| Braille | | | ✓ |



Nota: elaboración propia con datos recolectados en la Sala de espera Ultrasonido y Clínica de Lactancia del Hospital México, así como en el curso de preparación para el parto realizado en Calle Blancos (2019).

En el caso del conversatorio realizado con el grupo de personas asistentes al curso de preparación parto llevado a cabo en el Hospital México, las personas comentaron que el material educativo debía ser sencillo y pequeño, contar con mayor cantidad de ilustraciones y menos texto, utilizar colores llamativos y links interactivos, para atraer la atención del grupo meta.

Los y las enfermeras durante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, deben contar con la capacidad de solventar las necesidades de las personas, unificando los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos a lo largo de su formación profesional y su propia manera de abordar las situaciones particulares en salud. Vinculando lo anteriormente mencionado, es vital que el profesional considere elementos de la andragogía para incluirlos cuando aborde a esta población. Aunque este proceso de aprendizaje toma en cuenta el deseo propio de aprender, la labor de las enfermeras y los enfermeros, mostrando una comunicación abierta y respetuosa, es permitir que las personas, con sus diferencias individuales, tomen conciencia y reflexionen sobre el tema de interés y las experiencias vinculadas con este (Rumbo, 2016; Lindeman citado en Castillo, 2018; Adams citado en Castillo, 2018).

Durante sus intervenciones, deben abrir un espacio de diálogo con el usuario o la usuaria, para tomar en cuenta el criterio de esta persona frente a la propuesta profesional para solventar la situación. El saber escuchar o tomar en cuenta a la otra persona influye en el aprendizaje bidireccional y la efectividad de la intervención. En este caso, el manual educativo, se enriquece ampliamente por las recomendaciones acerca del estilo de diseño que debe aplicar el enfermero o la enfermera.

Como se puede observar, el sumergirse en las experiencias de las personas y acercarse, preguntarles qué necesitan o cómo ayudarlas, permite hallar exactamente cuáles son las necesidades de las mismas, y solventar ese vacío en el conocimiento de una manera más exacta y objetiva e inclusive la formulación de alternativas que pueden nacer del mismo usuario o usuaria. En este proceso y tomando en cuenta lo que señala Gorichon et al. (2015) el aprendizaje, debe ocurrir en un espacio en donde “[...] la persona se siente acogida, respetada y valorada en sus ideas, creencias y saberes, y surge también la necesidad de aprender a escuchar, respetar turnos de habla, defender sus posiciones, intercambiar puntos de vista, socializar y compartir sus aprendizajes [...]” (p.5).

Mayoritariamente, las personas indicaron que les gustaría acceder a la información de manera física, por medio de un libro o material plastificado, o ya sea por medio de una aplicación para el celular. Seguidamente, los y las participantes dijeron que estaban interesados en el uso de videos e imágenes o bien el acceso al material de manera digital, por medio de documentos en formato PDF o el uso de una llave maya. En menor medida se comentó que deberían crear un chat, un correo electrónico o mensajes de texto, atendidos por un profesional en el tema que pudiera contestar las preguntas y dudas al respecto,

habilitando este servicio al menos una vez a la semana y bajo un horario razonable, además de una página web o bien charlas informativas. La tabla con esta información se presenta a continuación (*Anexo 5*):

Tabla 6

Sugerencias de las madres, padres y acompañantes sobre la forma en la que les parece más conveniente recibir el material educativo

| Respuesta | Curso de preparación para el parto en Calle Blancos | Sala de espera de ultrasonidos | Clínica de Lactancia Materna en el Hospital México |
|---|---|--------------------------------|--|
| Material físico (libro, emplastado, manual) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Aplicación para celular (añadir chat, de la mano con la consulta profesional) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Videos e imágenes | ✓ | ✓ | ✓ |
| Material digital (PDF, llave maya) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Chat, mensajes de texto, correo electrónico | ✓ | | |

Página web



Charlas



Nota: elaboración propia con datos recolectados en la Sala de espera Ultrasonido y Clínica de Lactancia del Hospital México, así como en el curso de preparación para el parto realizado en Calle Blancos (2019).

Los y las participantes que estuvieron presentes en el conversatorio que se llevó a cabo en el curso de preparación para el parto que se realizó en el Hospital México, explicaron que se puede crear una plataforma virtual equipada con todos los temas de interés, se pueden realizar seminarios y talleres, en diferentes periodos del año, para instruir a las personas, tomando en cuenta las diferentes capacidades de lenguaje, motoras y visuales de la población costarricense. Además, crear aplicaciones gratuitas que clasifiquen por temas los diferentes elementos más importantes ligados a la lactancia, manuales o guías en formato físico y digital, un chat de consultas o líneas directas de ayuda, que genere una respuesta inmediata y por medio de redes sociales que incluyan videos y links interactivos para la difusión masiva.

En lo que respecta al proyecto investigativo, el manual fue la herramienta a elegir, para solventar las necesidades de la población. Si bien es cierto este se utiliza mayoritariamente en los escenarios escolares, puede encajar perfectamente en múltiples escenarios, ya que, por sus características conectan el conocimiento científico con la difusión a una población meta y responden a las realidades y necesidades de una sociedad con su propia estructura política y cultural (Aguirre, 2015; Escolano, 2012).

Su función, según Quiceno (2001) consiste en explicar de manera simple una serie de contenidos generando que estos sean más accesibles y sencillos de comprender para todas las personas. Es vital tener presente que esta herramienta posee una intencionalidad clara por parte del autor, sistematicidad en la exposición de los contenidos, secuencialidad, adecuación para el trabajo pedagógico, estilo textual expositivo, combinación de texto e ilustraciones, reglamento de los contenidos, de su extensión y del tratamiento de los mismos e intervención estatal administrativa y política (Varela, 2010).

5.2 Validación del Manual

En relación a la validación del manual se contó con la colaboración de 4 expertos en el tema de Lactancia Materna. En concreto, estos profesionales eran dos médicos especializados en pediatría y dos enfermeras especializadas en salud de la mujer y nutrición (*Anexo 3*).

El primer médico reside en Valencia, España y se desempeña como Presidente de la Asociación de Promoción e Investigación científico-cultural de la Lactancia Materna, además es fundador y coordinador de la página de compatibilidad de medicamentos con la lactancia llamada E-lactancia y la página de temas culturales de la lactancia denominada Telasmos, también es miembro de The Health Advisory Council of La Leche League International. Fue pediatra en el Hospital de Alcoi y en Transporte Neonatal de la provincia de Alicante, además de jefe de servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta y fue vocal del Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría.

El segundo médico y administrador de servicios de salud, labora para la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica, es coordinador de la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo del Hospital Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón, Alajuela y médico asistente en Pediatría en el mismo hospital. También, es médico pediatra del Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña del Área de Atención Integral a las Personas, es instructor del curso de Reanimación Neonatal Avanzado y Profesor de la Maestría en Planeación y Gestión Política y Programas de Alimentación Infantil en la Universidad Galileo, Guatemala.

La primera enfermera se especializó en Salud de la Mujer y Perinatología y Nutrición y actualmente, es Investigadora de la Sección Infección-Nutrición del Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica. Anteriormente, fue Enfermera Obstetra del Servicio de Gineco-Obstétrica del Hospital CIMA y Profesora en la Escuela de Enfermería y Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica.

Por otro lado, la segunda enfermera se desempeña actualmente en la Clínica de Lactancia Materna del Hospital San Francisco de Asís, en Grecia, Alajuela, recibiendo a las personas provenientes de las distintas zonas del cantón en la consulta.

Los cuatro profesionales en salud concuerdan que la mejor técnica de aprendizaje para esta población es la visual, incluyendo el uso de redes sociales, material escrito, imágenes gráficas y por medio de la observación de la práctica de lactancia materna en su entorno familiar, percibiendo las señales de las necesidades de su hijo o su hija.

Adicionalmente, uno de los cuatro profesionales en salud indicó que la técnica kinestésica (práctica) era la más idónea.

Tabla 7

Técnicas de aprendizaje más adecuadas para madres, padres y encargados en temas de Lactancia

Materna, sugeridas por los expertos

| Respuesta | Experto 1 | Experto 2 | Experto 3 | Experto 4 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Visual (redes sociales, material escrito, imágenes gráficas, observación en el ámbito familiar: señales) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Kinestésico (práctica) | | ✓ | | |

Nota: elaboración propia con datos recolectados mediante entrevista presencial y vía electrónica (2019).

Se determinó que tres de los cuatro expertos consideran que la estrategia de enseñanza-aprendizaje más novedosa para utilizar en este caso son las redes sociales, como Youtube y Facebook. Dos expertos hicieron énfasis en la importancia de los grupos de apoyo madre a madre dirigidos por un profesional en salud, de tal manera que cada una compartiera sus experiencias y cómo lograron enfrentar las situaciones asociadas a esta práctica, como una herramienta valiosa. Uno de los expertos considera que el tema de lactancia materna debe ser incluido desde la enseñanza primaria, otro experto, que debe

hacerse uso de un manual digital. Finalmente, otro profesional comenta que la asistencia a las consultas de lactancia materna es una de las principales estrategias.

Tabla 8

Estrategias de enseñanza- aprendizaje más novedosas que pueden implementarse en temas de Lactancia Materna, sugeridas por expertos

| Respuesta | Registro de respuestas | | | |
|---|------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Experto 1 | Experto 2 | Experto 3 | Experto 4 |
| Redes sociales (Youtube, Facebook) | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Grupos de apoyo: madres y madres | | | ✓ | ✓ |
| Incluirlo en la educación primaria | ✓ | | | |
| Manual digital (escrito) | | ✓ | | |
| Asistencia a las consultas de lactancia materna | | | | ✓ |

Nota: elaboración propia con datos recolectados mediante entrevista presencial y vía electrónica (2019).

Todos los expertos explican que existen temas que deben ser ampliamente abordados en el manual educativos, siendo estos el amamantamiento considerando dentro de este tema, la técnica de acople boca-pecho del niño o la niña, las posiciones correctas

para dar leche materna y una correcta succión; los beneficios de la lactancia materna enfatizando la importancia de mantener esta práctica hasta el año o dos años de edad, la alta biodisponibilidad de este fluido vivo y los riesgos de suspender la lactancia; la prevención y el abordaje de las complicaciones que pueden surgir en la lactancia materna, específicamente en situaciones como el bajo peso al nacer, la ictericia, las posiciones incorrectas de la lactancia, pezones cortos o invertidos, los pezones agrietados, las mamas congestionadas o dolorosas, la mastitis, entre otras; y el proceso fisiológico de la lactancia materna, es decir, mecanismo de producción de la leche, los factores que aumentan la cantidad de leche, bajada tardía de la misma y evolución “natural” de la lactancia, son subtemas que deben explicarse en el manual educativo.

Tres de los cuatro expertos, consideran que era importante añadir en el material educativo, los tipos de leche materna existentes, tomando en cuenta qué es la leche humana, su composición y valor nutritivo e inmunológico. Dos de los expertos, indicaron que son esenciales los temas del tamaño del estómago de los y las bebés según la edad, para comprobar que la cantidad de leche es la suficiente para su crecimiento y desarrollo y el número de micciones y deposiciones que deben acompañar una correcta ingesta de leche materna; y el proceso de extracción y almacenamiento de la leche materna.

Adicionalmente, los siguientes temas como: mitos y verdades sobre la lactancia materna, como por ejemplo, el uso de pezoneras; el colecho; la duración de cada toma y los intervalos entre cada una; la lactancia materna y el trabajo; el soporte profesional durante la lactancia materna, es decir, información sobre las clínicas de lactancia materna y los bancos de leche materna; la lactancia en situaciones especiales; el uso de biberón y chupete en la

lactancia materna exclusiva; la compatibilidad del amamantamiento con diversos medicamentos y productos alternativos; la relactación, la suplementación de los niños y las niñas y la comunicación empática; fueron resaltados como importantes por al menos un experto.

Tabla 9

Temas de Lactancia Materna sugeridos por expertos y expertas para la construcción de un manual educativo

| Respuesta | Registro de respuestas | | | |
|---|------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Experto 1 | Experto 2 | Experto 3 | Experto 4 |
| Amamantamiento (posiciones, técnica, agarre, acople, succión) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Beneficios de la lactancia materna(riesgos de no amamantar, hasta 1 o 2 años de edad, biodisponibilidad, por qué es importante amamantar) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Prevención y abordaje de las complicaciones que pueden surgir en la lactancia materna (bajo peso, posiciones para amamantar, pezones agrietados, mamas congestionadas o con dolor, mastitis, pezones cortos o | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

invertidos, aprender a identificar
ictericia)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Proceso fisiológico de la lactancia materna (mecanismo de producción, bajada tardía de la leche materna, evolución “natural” de la lactancia, por qué se produce la leche, factores que aumentan su producción) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Tipos de leche materna (qué es la leche humana, composición y valor nutritivo e inmunológico de la leche materna) | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Tamaño del estómago de los y las bebés según edad (cómo saber si recibe suficiente leche, número de micciones y deposiciones) | ✓ | | | ✓ |
| Proceso de extracción y almacenamiento de la leche materna | ✓ | | ✓ | |
| Mitos y verdades sobre la lactancia materna (uso de pezoneras) | | ✓ | | |

Colecho



Duración de cada toma e intervalos

entre cada una



Lactancia materna y trabajo



Soporte profesional durante la lactancia materna (información sobre clínicas de lactancia materna y bancos de leche)



Lactancia en situaciones especiales



Uso del biberón en la lactancia materna exclusiva (consecuencia) y chupeta



Compatibilidad con medicamentos

y productos alternativos



Relactación



¿Cómo suplementar al bebé?



Comunicación empática



Nota: elaboración propia con datos recolectados mediante entrevista presencial y vía electrónica (2019).

5.3 Ficha Técnica

A continuación, se presenta la ficha técnica del “Manual educativo sobre lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa dirigido a madres, padres y encargados”, en la misma se esboza cada uno de los elementos esenciales para ejecutar el proyecto formulado.

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Ficha técnica del proyecto

**Manual educativo sobre lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa dirigido a
madres, padres y encargados**

Proponentes:

Natalia Chacón Galarza

Ana Marcela Rodríguez Rodríguez

2019

Índice

| | |
|--|-----|
| 1. Denominación..... | 247 |
| 2. Naturaleza del proyecto | 247 |
| A. Descripción:..... | 247 |
| B. Fundamentación..... | 247 |
| C. Marco Institucional..... | 248 |
| D. Finalidad del Proyecto..... | 248 |
| E. Objetivos..... | 248 |
| F. Metas..... | 249 |
| G. Beneficiarios..... | 250 |
| H. Productos..... | 250 |
| I. Localización física y cobertura espacial | 333 |
| J. Especificación operacional de las actividades y tareas..... | 333 |
| K. Métodos y técnicas: | 334 |
| L. Determinación de los recursos necesarios: | 334 |
| M. Presupuesto | 335 |
| N. Administración del proyecto | 337 |
| O. Evaluación del proyecto | 337 |

Autor (es): Natalia Chacón Galarza

Ana Marcela Rodríguez Rodríguez

Asesoría Técnica: MSc. Ernestina Aguirre Vidaurre

Máster Marcela Zárate Montero

Licda. Shirley Vargas Chaves

1. Denominación del proyecto: Manual educativo sobre lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa dirigido a madres, padres y encargados.

2. Naturaleza del proyecto

A. Descripción: Este manual contempla las necesidades de la población en el proceso de lactancia de manera que le permita a la madre y a su familia comprender las diversas etapas de la lactancia materna, además de servir de insumo para guiar el proceso y evitar complicaciones a futuro que puedan afectar a la madre o al niño o niña y repercutir en la dinámica económica, social, ambiental y de salud del país. Además, este proyecto se considera de gran relevancia tanto para el aporte científico como para el ejercicio profesional de la Enfermería y demás profesionales del área de salud.

B. Fundamentación: Recientemente algunos autores han comentado que la lactancia materna se ha vuelto un tema de interés, pues posee múltiples beneficios en todas

las esferas de la vida diaria y para todos los actores sociales vinculados a este proceso, por lo que se debe velar por la promoción y el cumplimiento cabal de esta práctica.

C. Marco Institucional: Este manual educativo se desarrolló para la implementación en el Hospital México, específicamente, en el periodo prenatal y postnatal de las madres gestantes y su familia. Sin embargo, está orientado para ser utilizado en todas las clínicas de lactancia materna del país y en los servicios que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social en primer nivel de atención, así como en los servicios médicos de atención privada.

D. Finalidad del Proyecto: La finalidad de este proyecto, es responder a las necesidades de las madres, padres y encargados en cuanto al tema de Lactancia Materna. Además, cabe mencionar que los profesionales en enfermería podrán hacer uso de este insumo como una herramienta que permita que la información sea accesible para ser transmitida a las personas usuarias, y que sea un material de apoyo en la labor de acompañamiento, educación y consejería a las mujeres y sus familias.

E. Objetivos

Objetivo general: Fomentar la Lactancia Materna exclusiva, prolongada y exitosa en la sociedad costarricense, a través del asesoramiento por parte del profesional de enfermería y el uso del manual educativo elaborado.

Objetivos específicos:

- Favorecer el crecimiento y desarrollo físico y psicológico del niño y la niña mediante la lactancia materna.
- Explicar cómo lactancia materna previene la morbimortalidad durante todo el ciclo de vida de la población.
- Informar a las madres, padres y encargados sobre los beneficios que conlleva para ellas la lactancia materna.
- Apoyar la intervención de los profesionales en enfermería mediante información científica y actualizada en materia de lactancia materna.
- Mejorar la divulgación eficiente de los beneficios sociales, económicos y medio-ambientales de la lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa.

F. Metas: Las metas que se pretenden obtener por medio de la ejecución del proyecto y en sintonía con los objetivos, son las siguientes:

- Contribuir en el control y disminución de las tasas de morbi-mortalidad en la población de niños y niñas del país, mediante la implementación de este manual educativo para el fomento de la lactancia materna.
- Mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa se disminuya la aparición de complicaciones maternas e infantiles.
- Este material educativo, científico y actualizado sobre lactancia materna contribuirá en la labor educativa que realizan los profesionales en enfermería en los diversos espacios del sector salud, tanto en el periodo prenatal como en periodo postnatal.

- Mantener a la población informada sobre los beneficios maternos, infantiles, sociales, económicos y medio-ambientales que ofrece la lactancia materna prolongada y exitosa.
- Comprobar la eficacia del manual educativo sobre lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa, dirigido a madres, padres y encargados de los niños o niñas lactantes, en los diferentes escenarios del sector salud.

G. Beneficiarios de este proyecto: Los beneficiarios directos son los niños y las niñas lactantes, las madres, padres y encargados. Los beneficiarios indirectos son los estudiantes y profesionales en enfermería, los centros de salud, la economía social, la sociedad costarricense, el medio ambiente y los recursos naturales.

H. Productos: El producto final de este proyecto, es el manual educativo sobre lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa dirigido a madres, padres y encargados.

MANUAL EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, PROLONGADA Y EXITOSA



Elaborado por:
Natalia Chacón Galarza
Ana Marcela Rodríguez Rodríguez

ÍNDICE

SOBRE EL MANUAL

| | |
|---------|-----|
| PRÓLOGO | 255 |
|---------|-----|

CONCEPTOS GENERALES

| | |
|---------------------------|-----|
| LACTANCIA MATERNA | 256 |
| TIPOS DE LECHE MATERNA | 257 |
| BENEFICIOS EN NIÑOS | 258 |
| BENEFICIOS EN MADRES | 259 |
| BENEFICIOS EN LA FAMILIA | 260 |
| BENEFICIOS EN LA SOCIEDAD | 261 |
| BENEFICIOS EN EL AMBIENTE | 262 |

ETAPAS TEMPRANAS DE LA LACTANCIA

| | |
|--|-----|
| PREPARACIÓN PARA LA LACTANCIA | 263 |
| ANATOMÍA DE LAS MAMAS | 264 |
| PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA | 266 |
| FACTORES QUE AUMENTAN LA PRODUCCIÓN | 268 |
| FACTORES QUE DISMINUYEN LA PRODUCCIÓN | 269 |
| CUIDADOS DE LAS MAMAS | 270 |
| ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN EN LA MADRE | 271 |

ÍNDICE

ETAPA POSNATAL

| | |
|--|-----|
| CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO | 273 |
| CONTACTO PIEL CON PIEL | 279 |
| TÉCNICA MADRE CANGURO | 280 |
| ACOPLE AL PECHO | 281 |
| TAMAÑO DEL ESTÓMAGO DE LOS BEBÉS | 282 |
| FRECUENCIA Y CANTIDAD DE TOMAS DE LECHE | 283 |
| POSICIONES PARA AMAMANTAR | 284 |
| COLECHO | 288 |
| SUEÑO SEGURO | 289 |
| CHUPETES Y BIBERON | 290 |
| EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA | 291 |
| MEDICAMENTOS INCOMPATIBLES CON LA LACTANCIA | 295 |
| RELACTACIÓN | 297 |
| ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS Y NIÑAS | 299 |

COMPLICACIONES

| | |
|--------------------------------|-----|
| RECIÉN NACIDO ADORMILADO | 304 |
| PÉRDIDA PESO EN EL NIÑO(A) | 305 |
| ICTERICIA | 306 |
| ANQUILOGLOSIA | 307 |
| HIPOGALACTIA | 308 |
| CONGESTIÓN MAMARIA | 310 |
| DOLOR Y GRIETAS EN LOS PEZONES | 312 |
| MASTITIS | 313 |
| DEPRESIÓN POSPARTO | 315 |

ÍNDICE

INFORMACIÓN IMPORTANTE

| | |
|--|------------|
| CLÍNICAS DE LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO | 316 |
| BANCOS DE LECHE | 318 |
| SALAS DE LACTANCIA EN CENTROS DE TRABAJO | 319 |

INFORMACIÓN ADICIONAL

| | |
|--------------|------------|
| BIBLIOGRAFÍA | 321 |
|--------------|------------|

PRÓLOGO

Este manual educativo nació a raíz de un proyecto de investigación realizado para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Costa Rica, que fue aprobado en la sesión 252-2019 por el CTFG. Se contó con la colaboración de la M.Sc. Ernestina Aguirre Vidaurre, tutora de este trabajo final de graduación.

Este proyecto identificó las necesidades del tema de lactancia materna que poseían las madres, padres y encargados que asistieron durante el transcurso del año al Hospital México, a espacios como lo fueron la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo, Cursos de preparación para el parto o bien que se encontraban en la recepción de la Sala de Ultrasonido de este hospital. Se espera que este manual sea una herramienta útil en el acompañamiento para una lactancia materna, exclusiva, prolongada y exitosa.

Además, se indagaron elementos de diseño y formato para la realización de este insumo para ser utilizado en el área de salud, por los profesionales en enfermería. Se contó con la participación de un grupo de expertos que validaron desde su criterio profesional este manual.

LACTANCIA MATERNA

- Es el proceso de alimentación en el que la leche materna cubre todas las necesidades nutricionales y emocionales del niño/a de manera exclusiva en los primeros 6 meses de vida y complementaria hasta la edad de 2 años o más.
-

LECHE MATERNA

- Sus componentes se adaptan a las necesidades y situaciones particulares del niño/a en todo momento.
- Contiene: proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua.



TIPOS DE LECHE MATERNA

Precalostro: Se produce durante el último trimestre de embarazo.

Calostro: Se produce de 12 a 24 horas después del parto, hasta 3 o 4 días después. Posee una coloración amarillenta y transparente. Favorece las defensas del bebé y su volumen es pequeño, pero suficiente para el lactante porque su estómago es de 5-7 ml.

Leche de transición: Se produce entre el 4° y 15° día después del parto. En este período ocurre un aumento en la producción de leche.

Leche definitiva o madura: Se produce a partir del 15° día después del parto.

Calostro



2-20ml/toma

Leche de Transición



600-700ml/día

Leche Madura



700-900ml/día

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS NIÑOS(AS)



-
- Disminuye el riesgo de mortalidad infantil, en bebés nacidos a término y prematuros.
 - Protege de enfermedades infecciosas y virales digestivas, respiratorias y auditivas.
 - Favorece el crecimiento y desarrollo físico y mental.
 - A largo plazo, protege contra enfermedades crónicas (obesidad, diabetes, hipertensión y dislipidemias).
 - Fortalece los vínculos afectivos y las relaciones interpersonales.
 - Fomenta la interacción sensorial y corporal con el entorno.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LAS MADRES

- Previene la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión y dislipidemias.
 - Disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario.
 - Evita la depresión posparto o síntomas asociados, como miedo, desaliento o falta de confianza.
-



- Reduce riesgo de hemorragia posparto y permite la contracción del útero, de manera que se recupere rápidamente.
- Permite que la mujer vuelva al peso que tenía antes del embarazo, por lo que previene el sobrepeso y la obesidad.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA FAMILIA

- Favorece la economía familiar, porque no se debe invertir en otra alimentación para el bebé o en gastos hospitalarios por enfermedad. Además, no afectará sus ingresos por ausencias laborales.
 - Permite que se fortalezcan vínculos afectivos entre el recién nacido y sus padres y familiares, pues todos pueden participar en la alimentación y cuidados del bebé.
 - Contribuye en la planificación familiar cuando la lactancia materna es exclusiva.
-



BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA SOCIEDAD

- Mejora las condiciones de salud, reduciendo las enfermedades más comunes y el riesgo de muerte temprana en los y las niños(as).
- Favorece la economía de aquellas personas de menos ingresos, y permite que utilicen este dinero para cubrir las necesidades básicas para los otros miembros de la familia, como alimentación, educación y salud.



- Disminuyen los costos monetarios vinculados con los utensilios, la agricultura y la industrialización de la leche artificial, además de la importación de este producto, el abastecimiento y el almacenamiento en hospitales.
- Disminuye el gasto económico por cuidados hospitalarios destinados a la familia lactante.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL AMBIENTE



-
- Colabora con el medio ambiente, porque no requiere el uso de los recursos naturales finitos como el agua o la energía, para su producción y consumo.
 - No genera residuos de plástico, aluminio, papel, cartón y sustancias tóxicas que contaminan el medio ambiente.
 - Evita la deforestación, la pérdida de bosques, humedales y biodiversidad.
 - Disminuye la producción de gases como dióxido de carbono, metano y óxido nitroso, que acelera el cambio climático.

PREPARACIÓN PARA LA LACTANCIA MATERNA

- La lactancia materna exitosa se relaciona con: actitud positiva de la madre, estímulos sensoriales, auditivos, visuales y olfativos, nivel de sensibilización, conocimiento de los aspectos técnicos de este proceso, ambiente físico y psicológico que rodea a la madre y recién nacido y apoyo del profesional de enfermería.
-



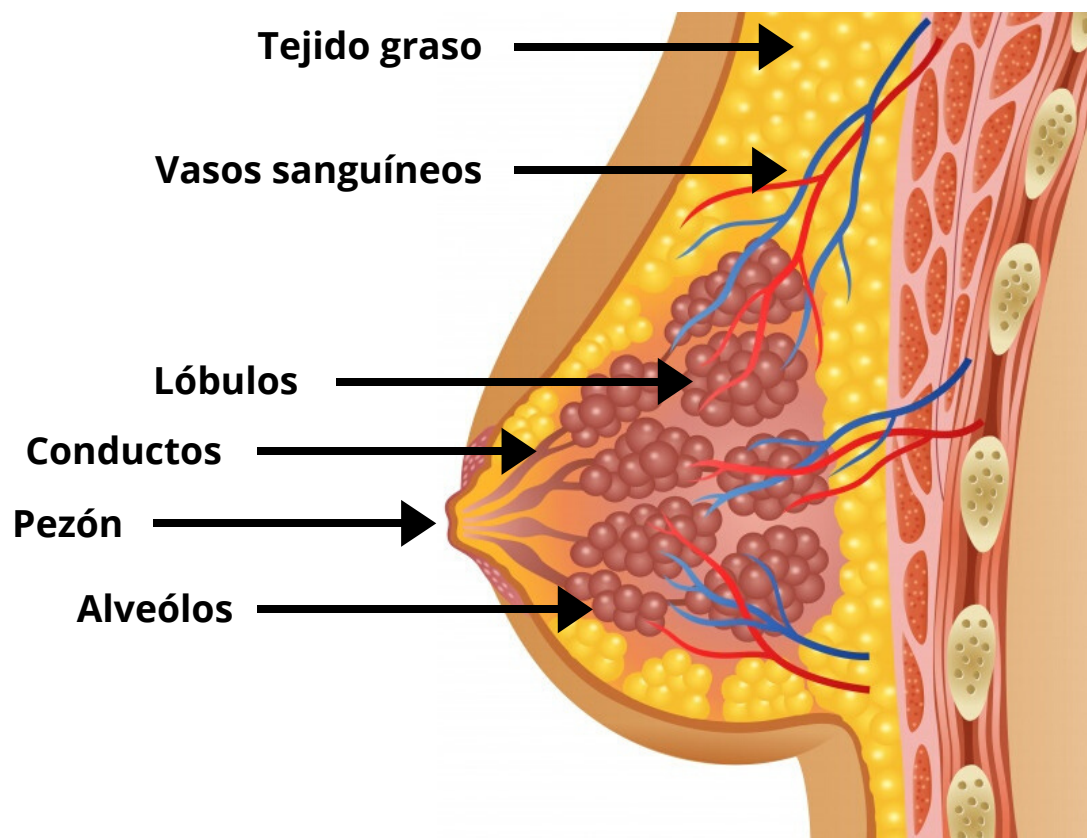
ANATOMÍA DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS



-
- Las glándulas mamarias se encuentran a cada lado del tórax y están sostenidas por un conjunto de músculos.
 - En el centro de cada mama se encuentra la areola rodeando el pezón.
 - El pezón es un tejido eréctil, que permite el consumo de leche materna por parte del recién nacido.
 - En la areola y el pezón, se encuentran los tubérculos de Montgomery, estos secretan una sustancia grasa que contribuye a lubricar y proteger las mamas.

ANATOMÍA DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS

- En el interior de las glándulas mamarias hay un grupo de lóbulos conformados por alveólos, alrededor de estos hay vasos sanguíneos y tejido graso. Existen células que utilizan esos componentes para producir la leche materna. Una vez que se produce la leche, ésta baja por pequeños tubos que desembocan en conductos más grandes ubicados a nivel de la aréola. Finalmente, la salida de la leche se da por el pezón.



PRODUCCIÓN DE LA LECHE MATERNA

Desarrollo mamario

Proceso en el cual ocurre un crecimiento de la glándula mamaria desde antes de nacer la mujer, hasta el embarazo, que permite la preparación para la lactancia.



-
- Durante la lactancia, las venas superficiales de la mama se hacen más prominentes y puede existir dolor y sensación de hormigueo en la zona. Los pezones se vuelven más eréctiles, las areolas se oscurecen y los tubérculos de Montgomery crecen.

PRODUCCIÓN DE LA LECHE MATERNA

Iniciación de la secreción láctea: 12 semanas antes del parto, las glándulas mamarias empiezan a secretar leche. Después del parto, la secreción continua de leche materna se da por acción de varias hormonas (prolactina y oxitocina), el estímulo de succión del bebé y el movimiento de músculos presentes en la mama que colaboran en la expulsión de la leche.



Mantenimiento de la producción de leche: Entre más se coloque al bebé al pecho, más estímulo recibirán las mamas para mantener la producción de leche materna a largo plazo.

FACTORES QUE AUMENTAN LA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA

- La succión que ejerce el recién nacido en la mama.
 - Los pensamientos ligados al niño o niña o escuchar su llanto.
 - Ambiente tranquilo para madre y bebé.
 - Alimentación balanceada de la madre.
 - Asesorías continuas por parte del profesional de enfermería, tanto en las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo, como en la comunidad.
-



**Todas las mamas,
independientemente
del tamaño o la forma,
poseen la capacidad
para producir leche.**

FACTORES QUE DISMINUYEN LA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA



-
- No existe un acople entre boca-pecho.
 - La acumulación de la leche en la mama.
 - La pérdida de confianza y la vergüenza en la madre.
 - El dolor que puede experimentar la madre.

En caso de dolor: Estirar suavemente el pezón, masajear el pecho con movimientos que faciliten la salida de leche, colocar paños calientes antes de amamantar y fríos después de amamantar.

CUIDADOS DE LAS MAMAS

- Es vital saber seleccionar un buen sujetador para favorecer la comodidad y disminuir los dolores de espalda.
 - El sujetador debe tener tiras anchas y elásticas, la copa debe cubrir y sujetar todo el tejido mamario.
-



- Se aconseja utilizar jabones suaves o neutros para evitar que se reseque la piel.
- Si hay formación de costras de leche sobre los pezones, se deben lavar durante el baño diario.
- La estimulación suave y la exposición de los pezones a la luz y al aire, aumenta su producción de lubricantes naturales y forma una capa protectora.

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN EN LA MADRE

- Constituye un aspecto fundamental antes de la concepción, a lo largo de la gestación y posterior, pues permite satisfacer las necesidades maternas y del niño(a).

Recomendaciones

- La dieta de las madres debe contener todos los grupos de alimentos (frutas, verduras, legumbres, cereales, carnes, derivados lácteos, pocas grasas y azúcares) y agua. Entre más variada mejor.
- En caso de estreñimiento, debe consumir alimentos con alto contenido de fibra, como cereales integrales (arroz, avena, pan), legumbres (garbanzos, lentejas, frijoles) verduras (camote, papa, brocolí, espinaca), frutas (pera, naranja, papaya, manzana, ciruelas) y abundante consumo de agua.
- Aumentar el consumo natural de calcio (leche de vaca, soya o almendras, yogur, queso, higos) y de hierro (carnes y legumbres).



ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN EN LA MADRE

Recomendaciones

- El fumado, la ingesta de alcohol y drogas, puede generar complicaciones en el parto, disminuir la producción de la leche, limitar el desarrollo y crecimiento y la salud integral del bebé.
 - Regular el consumo de café, bebidas con cola, té a base de plantas y productos que contengan hojas de consuelda, anís estrellado y semilla de culantro.
-



CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

- La adaptación del recién nacido a su nuevo entorno puede significar un reto para sus padres y encargados.
- Para favorecer este proceso, se debe procurar mantener un ambiente tranquilo, libre de humo, iluminación o ruidos molestos.



-
- El llanto puede ser un signo de hambre, sueño, incomodidad, humedad por el pañal sucio, enfado, tensión, exceso de estímulos, falta de sensación de afecto o presencia de dolor.
 - Para disminuir el llanto se puede alimentarlo, cambiarle los pañales, cantarle, cambiar de posición, realizar pequeños paseos, bañarlo o sacarle los cólicos o gases.
 - En el caso de los cólicos, se puede colocar al niño(a) boca abajo sobre los hombros y el pecho de su madre, padre u otro familiar. Luego, arqueando la mano, darle pequeños y suaves golpes desde su espalda baja hacia su espalda alta, con el fin de ayudar a que elimine gases o cólicos. No se deben utilizar remedios caseros o medicamentos ni interrumpir la lactancia.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

- Para manipular al recién nacido, se recomienda que la persona coloque una mano, con los dedos extendidos, de manera que sostenga la cabeza y los hombros del bebé, mientras que la otra mano se colocada a nivel de los glúteos. Esto brindará un mejor soporte, seguridad y confianza al momento de realizar esta práctica.



CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

Baño

- Para bañar al bebé, puede utilizar sus propias manos o paño, agua tibia y jabón neutro, también se puede lubricar la piel con crema especial para bebés.
- Inicie por la cabeza, limpiando con agua la cara, los ojos, las orejas y los pliegues del cuello. Lave la lengua con una gasa húmeda y limpie la nariz. Limpie de igual forma, el pecho, el tórax, las axilas, los brazos, las manos, la espalda, las manos y los pies. Lave zona genital, siempre de delante hacia atrás, tanto en niños como en niñas.
- En las niñas, la vulva debe limpiarse de adelante hacia atrás sin devolverse. En los niños, se debe retraer levemente el prepucio y en caso de circuncisión, limpiarlo únicamente por fuera sin retraerlo.
- Secar con una toalla suave cada parte del cuerpo, principalmente los pliegues del cuello, las axilas y las ingles y entre los dedos de los pies y las manos.

Es importante reunir todos los materiales necesarios para realizar el baño en el menor tiempo posible para evitar que el niño(a) pierda calor.



CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

Cuidados del cordón umbilical

- El cordón umbilical durante las primeras semanas, puede limpiarse al momento del baño y cada vez que se encuentre sucio, con agua y jabón neutro, además, se debe secar bien.
 - No es recomendable cubrir el cordón con gasas, ni con el pañal.
 - Si hay presencia de sangrado, mal olor, enrojecimiento, o el ombligo aún no se desprende en las primeras semanas, se debe consultar inmediatamente con un profesional en salud.
-



CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

Excretas de orina y heces en el recién nacido

- La lactancia materna desde la primera hora, favorece el tránsito intestinal en el recién nacido y la eliminación de los productos de desecho (orina y heces).
- Los recién nacidos orinan cada 3-4 horas y el color durante los primeros días de vida puede ser naranja oscuro, sin embargo, se aclara conforme pasan los días.
- Las deposiciones, al inicio tendrán un color negro y un aspecto pegajoso (meconio). Luego tomarán una coloración marrón verdosa, con una textura granulosa. Una vez establecida la lactancia materna, las deposiciones se volverán semilíquidas, grumosas y con una coloración amarillenta.



CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

Prueba de tamizaje neonatal

- En Costa Rica, existe el programa de tamizaje neonatal que es una combinación de procedimientos en el que se realiza una toma de muestra sanguínea al recién nacido y las debidas pruebas de laboratorio, para verificar si existen enfermedades hormonales, metabólicas, genéticas o sanguíneas. En el caso de que exista alguna de estas 29 enfermedades, se establece el tratamiento y el control hospitalario.
- Este examen se realiza entre el 3-4° día de nacimiento del niño(a), mediante la extracción de 4 gotas de sangre, usualmente obtenidas del talón, cada gota se coloca sobre un papel especial y se deja secar al medio ambiente, para que luego sea procesado por el laboratorio.



CONTACTO PIEL CON PIEL

- Es el contacto directo del bebé con su madre, padre o familiar. Se puede realizar desde la primer hora de nacido(a). Inicialmente, la madre coloca a su bebé boca abajo en su pecho desnudo, poco a poco por medio de sus sentidos se mueve hacia las mamas para iniciar la succión y así obtener leche materna.

Beneficios



- Facilita la adaptación del bebé al nuevo mundo.
- Estrecha los lazos afectivos y le brinda seguridad y tranquilidad.
- Favorece el acople correcto al pecho materno.
- Propicia periodos de sueño prolongados y le permite mantener su calor corporal.
- Aumenta los sentimientos de confianza en la maternidad.

TÉCNICA DE MAMÁ CANGURO

- Es el contacto piel con piel entre el recién nacido (prematuros o bebés de bajo peso) y su madre, padre u otro familiar, de forma temprana, continua y prolongada.
- Se coloca al bebé desnudo verticalmente sobre el pecho desnudo de su madre, padre o familiar. Se utiliza una manta que funciona como una faja que brinda soporte al recién nacido.
- Esta tela debe ajustarse sobre todo a nivel del pecho del bebé, sin comprimir su abdomen, posicionándolo a la altura del estómago de la persona y con la fuerza suficiente como para evitar que bebé se deslice de la posición.
- Hay que procurar mantener la cabeza del bebé por fuera de la manta, acomodada hacia un lado, de modo que su cuello no se hiperextienda ni se flexione, pues podría afectar su respiración.

Beneficios



- Mantiene el calor corporal en el niño(a).
- Favorece la adaptación del organismo al nuevo mundo.
- Aumenta la supervivencia y reduce la estancia hospitalaria en bebés pretérmino.
- Disminuye el número de infecciones.
- Favorece el descanso.
- Facilita la lactancia materna.
- Aumenta la confianza en el cuidado de los niños(as).

ACOPLE AL PECHO MATERNO

- Antes de iniciar con la alimentación, la madre debe colocar al lactante de manera que su nariz quede a la altura del pezón y con él rozar ligeramente el labio inferior del bebé para lograr que abra su boca, tome el pezón completamente y sus labios queden en la areola.



Señales de un acople adecuado





- El y la niño(a) al abrir la boca, baja la lengua y sobre esta coloca el pezón y la areola.
- Los labios se “doblan” hacia afuera, siendo el labio de abajo el que cubre más areola.
- Se debe escuchar que el lactante esta succionando y tragando la leche y que sus mejillas estén redondeadas.
- Cuando el niño(a) se desprende del pecho, el pezón debe tener una forma alargada y redonda.

Señales de un acople inadecuado

- En el bebé aparece llanto, insatisfacción, disminución de peso y orina poca cantidad.
- La succión no debe producir molestias a la madre, si ocurren, es recomendable retirar al lactante e intentarlo de nuevo.
- Para evitar lastimar el pezón de la madre, se recomienda insertar con suavidad y delicadeza un dedo en la comisura de la boca del lactante para separarlo de seno y detener la succión.

TAMAÑO DEL ESTÓMAGO DE LOS NIÑOS(AS)

- A medida que van creciendo el y la lactante, su capacidad para ingerir leche materna y sus capacidades para digerirla también lo hacen.

| Día 1 | Día 3 | Semana 1 | Mes 1 |
|---|---|--|---|
| Cereza | Nuez | Albaricoque | Huevo |
|  |  |  |  |
| 5-7 ml | 22-27ml | 45-60ml | 80-150ml |

El tamaño del estómago aumenta hasta 300 ml al año de vida

FRECUENCIA Y CANTIDAD DE TOMAS DE LECHE MATERNA

- El primer contacto con el pecho materno y la primera toma debe iniciar en las primeras horas de vida.
 - El estómago del recién nacido es pequeño, por lo que la cantidad de leche que fluye de los senos maternos al inicio de la lactancia es suficiente.
 - Los y las niños(as) deben alimentarse cuando ellos(as) lo deseen o bien cada cada 2-4 horas tanto en la mañana como en la noche.
 - La mujer debe ofrecerle ambos senos maternos en cada toma y observar signos de saciedad en su pequeño(a) o bien que ambos logren relajarse y conciliar el sueño.
-



POSICIONES PARA AMAMANTAR

- Lo más importante para amamantar eficazmente es vigilar la posición entre la boca del niño(a), el pezón y la areola de la madre.
 - Las posiciones pueden ser variadas, por lo que se aconseja que la madre explore cuál de todas se ajusta a sus necesidades, sintiéndose cómoda y segura.
-

- Si la madre este sentada, debe mantener la espalda recta y apoyar sus pies en una superficie plana. Puede utilizar una almohada en sus piernas, para que facilite la colocación del bebé al pecho.
- Debe sujetar la espalda y la cabeza del bebé y acercarlo a su cuerpo, de manera que permita la introducción del pecho a su boca.



- La cabeza del niño(a) debe estar alineada con el cuello, su nariz a la altura del pezón y la boca bien abierta, de manera que su barbilla se dirija hacia el pecho.

- La madre puede sostener el pecho por debajo o detrás de la areola, sin obstruir con el agarre del lactante al pecho.

POSICIONES PARA AMAMANTAR

- **Posición tradicional o de cuna**



-
- **Posición de cuna cruzada**



POSICIONES PARA AMAMANTAR

- **Posición de canasto o de fútbol americano**



-
- **Posición sentada o a caballito**



POSICIONES PARA AMAMANTAR

- **Posición acostada**



La madre con el pezón puede estimular el labio superior del niño(a) para que abra la boca, momento en el que lo(la) acerca pecho.

COLECHO

- Es cuando el niño o la niña duerme en la misma cama durante al menos 4 horas, todas las noches, en compañía de su madre y otros miembros de la familia. Realizar colecho apoya la práctica de la lactancia materna y contribuye en la disminución del riesgo de muerte súbita del lactante.



Recomendaciones

- No cubrirle la cabeza al bebé.
- El colchón debe ser firme y plano.
- Cuando duerma en la misma cama, se debe colocar al niño(a) boca arriba.
- Cuando duerma en el pecho de su madre u otro familiar, puede colocarse boca abajo sobre su torso, cuidando que el cuello del bebé se mantenga lo más recto posible, con la cara hacia un lado y dejando su boca y su nariz libre para respirar. Por lo que la madre, padre o familiar debe permanecer despierto y atento.
- No fumar, ingerir alcohol, ni consumir sustancias o medicamentos que alteren el estado de consciencia de la madre, padre o familiares que participarán en el colecho.

SUEÑO SEGURO

- Garantizar al recién nacido un sueño seguro, en conjunto con la práctica de la lactancia materna, disminuye en gran medida el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), así como el riesgo de sofocación accidental.

Recomendaciones

- Evitar abrigar en exceso al recién nacido.
- Acostarlo(a) boca arriba si duerme solo(a).
- Procure un ambiente con una temperatura moderada (no muy fría ni muy caliente) para el bebé. Si es necesario, cúbralo(a) hasta las axilas, sujetando la ropa de cama.
- Disminuir el uso de frazadas, colchas, almohadas, almohadones, mantas, edredones, nidos de contención, peluches, juguetes, entre otros.
- Evitar a toda costa dejar al niño(a) en la cama sin supervisión de un adulto.



Factores que aumentan el riesgo de SMSL

- Escasos controles prenatales.
- Presencia de tabaquismo, anemia, presión arterial alta durante el embarazo y el parto.
- Bebés con edades entre los 2 y 4 meses, bebés prematuros, bebés que han padecido infecciones respiratorias y bajo peso al nacer.
- La alimentación únicamente con fórmula es un factor que conduce al SMSL.

CHUPETES Y BIBERONES

- No es recomendable dar chupetes a los y las niños(as) que están iniciando la lactancia materna porque produce confusión de pezón, dificultad para el acople o disminución en las tomas de leche materna.



-
- En vez de darle un biberón al niño (a) es recomendarle en caso de que no pueda acoplarse al pecho por alguna situación, darle la leche en vaso, jeringa o cuchara. De esta forma no perderá el reflejo de succión natural.

EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

- Es una práctica que se realiza para evitar su saturación en el seno materno, esta se puede realizar manualmente o con ayuda de un extractor.



Recomendaciones

- Buscar un lugar tranquilo y seguro.
- Contar tiempo suficiente para realizar la extracción (15-20 minutos).
- Reunir todos los materiales que ocupará previamente.
- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Tener pensamientos positivos vinculados con la confianza en la extracción de la leche y que estén relacionados al niño(a).
- Se debe se requiere de constancia y paciencia, para mejorar la técnica de extracción, pues es probable que al inicio no se extraiga leche materna en grandes cantidades.

EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA



Técnica de extracción manual de la leche materna

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Masajear y frotar el pecho en su totalidad de manera circular.
- Ubicar la mano en forma de "C" y los dedos pulgar e índice detrás de la areola (3-4 cm) presionando suavemente hacia dentro, utilizando ambos dedos para comprimir y liberar el seno rítmicamente hasta que aparezcan las primeras gotas de leche.
- Cuando disminuya la salida la leche, se debe mover las manos a otra zona del pecho y repetir el procedimiento, moviéndose alrededor de la areola de modo circular.
- Colocar la leche extraída en envases de vidrio, plástico libre de BPA o bolsas plásticas limpias.
- La leche debe ser etiquetada con la fecha y hora de extracción.

EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

- El tipo de extractor a utilizar, dependerá de las necesidades de las madres y su disponibilidad para adquirirlo.
- Los extractores manuales son ligeros, eficientes, discretos y simulan el ritmo con el que succiona el bebé.
- Los extractores eléctricos pueden ser útiles para aquellas madres que deben extraer leche frecuentemente, haciendo el proceso más rápido.

Técnica de extracción de la leche materna con bomba

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Realizar un masaje de la misma manera que para la extracción manual.
- Ajustar el regulador automático de presión de la succión que posee la bomba. Esto para evitar que se produzca una fuerza de succión prolongada por largo tiempo, evitando así el daño de los senos.
- Los elementos de la bomba que hayan estado en contacto con la leche deben ser lavados después de cada extracción, primero con agua fría y luego con agua caliente y detergente.



CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

- La fecha de caducidad depende del tipo de conservación que haya tenido la leche.

| Medio | Temperatura | Duración |
|---------------|--------------------|--|
| Ambiente | 19-26°C | 4-8 horas |
| Refrigeradora | < 4°C | 3-5 días |
| Congelador | -18-20°C | 2 semanas (congelador del refrigerador) |
| | | 3-6 meses (congelador independiente) |



- Para descongelar la leche, se coloca el día anterior en el refrigerador. En caso de olvido, colocarla en un recipiente con agua (baño María) y deberá usarse lo más pronto posible. Nunca se debe descongelar ni calentar en microondas. El resto que no se utilice, se debe desechar.

MEDICAMENTOS COMPATIBLES E INCOMPATIBLES CON LA LACTANCIA MATERNA

- Se sabe que si un medicamento impide la producción de leche materna o llega hasta ella a través de la sangre, cabe la posibilidad de que afecte al lactante o el proceso de lactancia.
- Para que un fármaco llegue a la sangre y luego pase a la leche materna, debe ser consumido vía oral o ser inyectado. Los medicamentos como ungüentos, cremas, gotas para ojos y similares, no tienen la capacidad de afectar directamente la leche materna.

En este enlace puede consultar de manera rápida la incompatibilidad de algún medicamento con su proceso de lactancia: www.e-lactancia.org



- En caso de duda, siempre se recomienda consultar con un profesional en salud sobre la influencia de un fármaco en la lactancia.

MEDICAMENTOS COMPATIBLES E INCOMPATIBLES CON LA LACTANCIA MATERNA

- La mayor parte de medicamentos que llegan a la leche a través de la sangre, se encuentran en cantidades mínimas que representan un leve riesgo para el lactante.
- En los bebés, las afectaciones suelen ser gastrointestinales, pues en ellos y principalmente en bebés prematuros, las funciones del hígado y el riñón aún no se desarrollan completamente sino hasta los 6 a 9 meses de vida.



Medicamentos compatibles con la lactancia materna

- Antihistamínicos, antiasmáticos
 - La mayoría de los antidepresivos
 - Antiepilépticos
 - Pastillas anticonceptivas que únicamente contienen progestágenos (no utilizar las combinadas)
 - Tiroxina
 - La mayoría de los antibióticos
 - Antiinflamatorios
 - Laxantes, antiácidos
 - Insulina
 - Gotas oftálmicas u óticas
-

RELACTACIÓN

- Consiste en la recuperación de la lactancia materna, después del nacimiento del bebé. Incluso las madres que no han estado embarazadas, pueden optar por este método, llamado en este caso, lactancia materna inducida, para brindarle leche materna a su hijo(a), sin embargo, la cantidad de leche producida puede ser menor.

Algunas de las razones por las que se puede interrumpir la lactancia materna y luego optar por la relactación son:



- Recién nacidos enfermos o con bajo peso al nacer, a quienes es imposible amamantar eficazmente en las primeras semanas de la vida.
- Lactantes con problemas de alimentación o que han sido separados de sus madres.
- Madres que eligen alimentar artificialmente a su niño(a) y que después deciden darle leche materna.
- En el caso de adopción.
- Mujer a quien le es imposible amamantar a su hijo(a) por estar gravemente enferma o por fallecimiento.

RELACTACIÓN

Para lograr la relactación es necesario que:

- La mujer cuente con el apoyo o motivación por parte de su familia y los profesionales en salud.
- La madre debe realizar el contacto piel con piel o el método madre canguro, para favorecer la succión del niño o la niña.
- Recibir estimulación constante de los pechos, ya sea por la succión del bebé, o bien mediante un masaje suave para la extracción manual (de 8-12 veces/día por 20-30min).
- Durante la relactación, el o la lactante puede necesitar un suplemento temporal (leche extraída) dada por medio de un vaso o taza, de la cual poco a poco se irá necesitando menos cantidad.
- Si el bebé no desea succionar, puede hacerse uso de la técnica de la succión con suplementador, que debe ser explicada y supervisada por un profesional en salud.



LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS NIÑOS(AS)

- Es recomendable agregar otros alimentos adicionales a la leche materna a la dieta de los y las niño(as) a la edad de 6 meses, pues es en este periodo que el sistema digestivo, renal, neurológico y motor están lo suficientemente desarrollados.
- Los objetivos principales de la alimentación complementaria son crear hábitos de alimentación correctos, fomentar el consumo de diferente variedad de alimentos y visualizar si existen alergias a algunos de estos, promover el crecimiento y desarrollo ideal, aportar energía y nutrientes, estimular el desarrollo emocional del niño(a) e integrarlo a la dieta familia.



LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS NIÑOS(AS)

- Los alimentos complementarios ideales deben ser ricos en energía, proteína y micronutrientes (hierro, zinc, calcio, vitamina A y folato), no ser picantes ni salados, comerse con facilidad, ser agradable al gusto, estar disponibles y ser baratos.

Recomendaciones

- Incentivar la realización de buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos.
- Comenzar la alimentación con cantidades pequeñas y aumentarlas poco a poco.
- Realizar diferentes combinaciones de alimentos, además, de sabores, texturas y métodos de cocina.
- Aumentar la ingesta de líquidos, sobretodo en periodos de enfermedad.



Tener paciencia en el proceso de alimentación, minimizar las distracciones y recordar que son momentos de aprendizaje y amor.

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS NIÑOS(AS)

Tiempo de incorporación

Alimentos sugeridos

Niños(as) de 6 a 11 meses de edad

Se inicia con 2 a 3 cucharadas y a partir de los 9 meses se puede dar 1/2 taza (8 cucharadas)

Leche materna

Cereales (arroz, trigo, maíz, quinua), raíces (yuca, camote, papa) y frutas con almidón (banano, ciruela, mango)

Alimentos de origen animal (hígado, carne de res o pollo, huevo, pescado)

Productos lácteos (leche, queso, cuajada)

Verduras de hojas verdes y de color naranja (espinaca, brócoli, coliflor, acelga, zanahoria, zapallo, camote)

Niños(as) de 1 a 2 años

Deben continuar con todos los alimentos de la columna

A partir de 1 año se puede dar 3/4 taza (12 cucharadas)

Leguminosas (guisantes, frijoles, lentejas, habas, arvejas)

Aceites y grasas (aceites vegetales, margarina, mantequilla)

Semillas y frutos secos (en pasta, remojadas o germinadas)

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS NIÑOS(AS)

- Los cereales a base de arroz, maíz, soja o tapioca deben incorporarse primero que los cereales de trigo, avena, cebada o centeno.
- En cuanto a las hortalizas y verduras, se debe comenzar con el consumo de papa y zanahoria y se debe dejar para luego de los 10-12 meses las espinacas, acelgas, coles, rábanos, remolacha, coliflor, repollo, ajo, cebolla y espárragos.
- Las carnes (pollo, pavo, ternera, vaca, cordero, cerdo) son mejor toleradas si se mezclan con purés de verduras. El pescado debe comerse hasta los 9-10 meses.
- La yema del huevo debe introducirse luego de los 9 meses y la clara después del año.



LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS NIÑOS/AS

- Inicialmente, las frutas deben prepararse peladas y ser maduras, a medida que el bebé va creciendo, se pueden ofrecer con cáscara.
- Las fresas, los kiwis y los melocotones deben administrarse hasta el año de vida, por su capacidad para producir alergias.
- Las legumbres (frijoles, lentejas, garbanzos, arvejas) deben ingerirse en poca cantidad y a partir de los 12 meses de edad.



- El yogurt y el queso deben darse a los niños y niñas entre los 9-10 meses de edad.
- La leche de vaca, natillas, flanes o cuajada se deben ofrecer después del año de edad.
- Los frutos secos, frutas con semilla y caramelos deben agregarse a la dieta a los 3 años de edad.

RECIÉN NACIDO ADORMILADO



- El recién nacido comúnmente experimentan un periodo de sueño extenso después del nacimiento. Por lo que puede que cada 10 horas, se levante 1 o 2 veces únicamente. De esta manera, su alimentación puede verse limitada si no se despierta cada 2-3 horas para realizar sus respectivas tomas de leche materna, lo que puede desencadenar una deshidratación.

En caso de que el niño(a) no se despierte por sí solo, la madre debe hacerlo cada 3-5 horas, utilizando métodos como:

- Establecer contacto piel con piel.
- Realizar masajes suaves en el cuerpo de su hijo(a).
- Quitar la cobija o algunas prendas al niño(a), o bien, cambiarle el pañal, si lo requiere.
- Levantar al niño(a) hacia sus hombros y acariciarle la espalda.
- Hablarle y girarlo(a) suavemente de un lado al otro.
- Extraer un poco de leche cuando lo(a) acerque al pecho y colaborar en la compresión de pecho materno para aumentar el estímulo de succión y la salida de leche materna, además de ofrecerle ambos pechos.
- Si el niño y niña no es capaz de realizar esta acción, la madre se deberá extraer leche materna y dársela en un vaso, cuchara o jeringa.

PÉRDIDA DE PESO EN EL NIÑO(A)

- Durante los primeros 3 días de nacido(a), el niño(a) puede perder peso, que se recupera con el amamantamiento continuo.
- El 75% del peso del recién nacido es agua, por lo cual ellos(as) requieren del consumo exclusivo de leche materna para evitar la deshidratación, las alteraciones gástricas, renales o sanguíneas.



Causas de la pérdida de peso en el recién nacido

- Menor cantidad y duración de las tomas de leche materna.
- Dificultades en el acople del niño(a) al pecho materno o agarre.
- Producción escasa de leche materna, por situaciones particulares de la madre.

Recomendaciones

- Verificar que el acople del bebé al pecho, durante cada toma de leche, sea el correcto.
- Evitar la pérdida de líquido (sudor) por exceso de abrigo (ropa gruesa).
- Contar el número de pañales húmedos (deben ser de 5-6 por día) o sucios retirados durante el día.
- Vigilar la pérdida de peso, fiebre, ictericia (color amarillo en la piel), entre otros.
- Asistir a las citas de control en el centro hospitalario.

ICTERICIA

- Es cuando existe una coloración amarillenta en la piel y mucosas (ojos), por acción del hígado. Además, ocurre un aumento en la bilirrubina (líquido producido por este órgano) en la sangre.
- Normalmente, esta condición suele ser inofensiva y se soluciona rápidamente en unos pocos días. Sin embargo, si esto no ocurre y la bilirrubina aumenta, puede ser tóxica y ocasionar alteraciones en el desarrollo neurológico en el niño(a).



Recomendaciones

- En caso de que el bebé presente una coloración amarilla en su piel, es importante que acuda al centro hospitalario (en algunas ocasiones el niño(a) requiere fototerapia).
- Aumentar la frecuencia de las tomas de lactancia materna, con un correcto acople del bebé al pecho materno.
- Vigilar la coloración de las deposiciones (heces).

ANQUILOGLOSIA

- Es una alteración en una estructura anatómica de la boca, específicamente el de banda (frenillo) que une la lengua con la parte inferior de esta.
- El frenillo puede ser muy corto o grueso, de manera que dificulta el movimiento de la lengua, influyendo en la succión del bebé y su alimentación en general.
- Posteriormente, puede haber complicaciones en la masticación de los alimentos, la pronunciación de algunas palabras y problemas dentales y mandibulares/maxilares.
- En la madre puede ocasionar dolor e irritación en el pezón, a causa de la compresión fuerte de esta parte debido a este tipo de succión.
- En algunas situaciones específicas, se practica la liberación del frenillo (frenotomía).

Recomendaciones



- Cambiar las posiciones de amamantamiento, de manera que se le permita al niño(a) acoplarse al pecho de manera espontánea, utilizando la postura de amamantamiento biológico (el bebé boca abajo en el pecho materno) o a caballito.
- Utilizar pezoneras para dar firmeza al pezón durante el acople y las pausas de succión.
- Acudir a sesiones de lactancia materna y fisioterapia, que favorezcan la estimulación de la succión y reflejo de búsqueda del niño(a) (ejercicios).

HIPOGALACTIA

- Corresponde a la producción escasa de leche materna, siendo esta insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales del niño(a).
- Sin embargo, hay que recordar que la mayoría de las mujeres pueden producir cantidades adecuadas de leche materna para sus hijos(as).
- La hipogalactia puede ocurrir a causa de problemas anatómicos, hormonales, funcionales y psicológicos de la madre o bien porque el(a) bebé tuvo dificultades en el nacimiento, enfermedades o malformaciones que causan que no consuma leche materna.

Signos de hipogalactia

- La madre experimenta una sensación de que los pechos no poseen leche materna.
- El bebé no gana el peso adecuado (menos de 500 gramos por mes).
- Su orina es concentrada (muy amarilla), en poca cantidad y con una frecuencia menor a 5-6 veces por día y sus deposiciones (heces) son poco frecuentes y duras.
- El niño(a) se alimenta con más frecuencia, toma leche materna durante menos tiempo, está inquieto(a) al momento de las tomas.
- Posee un llanto débil, está cansando, duerme mucho y posee poca fuerza muscular.
- Su piel y mucosas (labios) se encuentran secas.



HIPOGALACTIA

Recomendaciones

- La madre debe tomar tiempo para descansar adecuadamente.
 - Masajear y calentar el pecho materno antes de la toma de leche.
 - Dejar que el niño(a) se amamante el tiempo que quiera y como mínimo 8 veces al día, además, de ofrecerle ambos pechos para que consuma leche materna.
 - Vigilar que el acople del niño(a) al pecho materno sea el correcto.
 - Extraerse manualmente la leche materna o utilizar extractores, para aumentar la cantidad de la misma, mientras escucha música relajante.
 - La madre puede requerir un tratamiento farmacológico especializado, por lo que es vital que asista al centro de salud.
-



CONGESTIÓN MAMARIA

- Es cuando los pechos maternos se encuentran excesivamente llenos de leche, por lo general, esto ocurre en los primeros días de la lactancia materna, ya que tanto la madre como su bebé, se están adaptando a este proceso.
- Los pechos pueden sentirse duros, inflamados y dolorosos y su piel puede verse enrojecida, estirada y brillante, además, puede presentarse fiebre en las primeras 24 horas.
- Ocurre porque no existe un correcto acople entre el pecho y la boca del bebé y las tomas de leche son poco frecuentes y de corta duración, de esta manera, la leche no fluye bien fuera del pecho y se acumula.



CONGESTIÓN MAMARIA

Recomendaciones

- Descansar, realizar contacto piel con piel con su hijo/a y aumentar la frecuencia de las tomas de leche, sobre todo del lado del pecho afectado.
- Extraer manualmente la leche materna.
- Ducharse con agua caliente o utilizar de compresas calientes por poco tiempo y realizar un masajes en sus pechos, por medio de la técnica de la presión inversa suavizante, antes de dar leche.
- Aplicar compresas u hojas de col o malvavisco frías (refrigeradas durante 20-30 minutos), luego de la toma de leche.
- La madre puede requerir asesoría o tratamiento farmacológico (acetaminofén o ibuprofeno) por parte de un profesional en salud, por lo que es vital que asista al hospital si las molestias persisten.



Técnica de la presión inversa suavizante

Consiste en aplicar presión, mediante el uso de los dedos de la mano, sobre la areola (de 2-4 cm por arriba de la areola) , con el objetivo de desplazar ligeramente la hinchazón hacia atrás y hacia el interior del pecho.

DOLOR Y GRIETAS EN LOS PEZONES

- Son pequeñas erosiones superficiales y dolorosas en el pezón que se desarrollan casi siempre entre el 2-4° día posparto.
- Ocurren a causa de la presión o tracción brusca del pezón o el roce constante de la lengua del bebé con la punta del pezón.
- Si se instaura un buen acople de la boca del niño(a) y el pecho materno, el dolor y las grietas serán prevenidas.

Recomendaciones

- Considerar el cambio de posición en el amamantamiento (sentada o a caballito).
- En caso de que el dolor sea intenso, se puede amamantar del pecho que presenta el pezón menos afectado y realizar extracción manual en el lado del pecho más afectado, para mantener la producción de leche.



- Algunas mujeres encuentran alivio mediante la aplicación de leche materna extraída, lanolina, aloe vera o esencia de menta sobre el pezón y el uso de compresas de agua tibia luego del amamantamiento.
- La madre puede requerir asesoría por parte de un profesional en salud, por lo que es vital que asista al hospital si las molestias persisten

MASTITIS

- Es una inflamación de uno o varios lóbulos que conforman la glándula mamaria, además, puede o no estar acompañada de una infección bacteriana.
- En la mayoría de los casos ocurre en uno de los pechos maternos, en los 3 primeros meses después del parto.
- Sucede por la retención de leche materna en el pecho y el sobrecrecimiento bacteriano.
- Los pechos pueden estar enrojecidos, endurecidos, sensibles, brillosos y la mujer puede experimentar una sensación de quemazón durante o después de la toma, además, de causar un dolor profundo que va del pecho hacia el brazo o espalda.
- Los pezones pueden tener grietas y contener una sustancia color miel que sale fuera de ellos.
- Además, se presentan muchas veces síntomas de malestar general, fiebre de más de 38,5°C, escalofríos y dolor de cabeza.



MASTITIS

Recomendaciones

- Vigilar que exista un buen acople de la boca del bebé con el pecho de la madre y que las tomas de leche materna sean más frecuentes.
- Tomar una ducha o colocar compresas con agua tibia en la zona antes de amamantar y compresas frías después de ello.
- En caso de mucho dolor, puede realizar una extracción manual de la leche acompañada de un masaje en el seno. Y colocar compresas frías después amamantar.
- La madre debe descansar, aumentar la ingesta de fluidos y consumir yogurt con probióticos.
- La madre puede requerir asesoría o tratamiento farmacológico (paracetamol, ibuprofeno y antibióticos) por parte de un profesional en salud, por lo que es vital que asista al hospital si las molestias persisten.



DEPRESIÓN POSPARTO

- Es cuando la salud mental de la mujer se ve afectada, influyendo en la disminución del amamantamiento del niño(a).
- Los síntomas principales de la depresión posparto son: irritabilidad, pérdida de la capacidad de sentir placer, ansiedad, desánimo persistente y sentimientos de culpa.



- Algunas de las causas de esta condición pueden ser: situaciones sociales o económica complicadas, aparición de conflictos consigo mismas y con personas que la rodean, situaciones estresantes, problemas de salud o dificultades presentadas en el embarazo, parto y posparto, así como también durante el amamantamiento.
- Las estrategias para tratar la depresión posparto consisten en darle la importancia que realmente merece la salud mental, de manera que un profesional de salud colabore con el proceso, y a su vez, fortalecer el nivel de confianza que las mujeres poseen de sí mismas durante el proceso de lactancia materna.

CLÍNICAS DE LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO

- Consiste en un espacio habilitado en los diversos hospitales, en donde trabaja un equipo de profesionales en salud, capacitado y sensibilizado para promover la lactancia materna.
- En este sitio se inicia el proceso de detección oportuna y atención integral hacia niños(as) que tengan un riesgo o presenten alteraciones en el proceso amamantamiento y/o desarrollo integral.
- De esta manera se ofrezcan servicios de consejería, acompañamiento y atención a la madre, familia y el niño(a) para resolver las situaciones presentadas. Además, se brinda información acerca de: lactancia materna, estimulación temprana y crecimiento y desarrollo de los niños(as).



CLÍNICAS DE LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO

- Los profesionales en salud, en algunas ocasiones, pueden activar las redes de apoyo y servicios en diversos espacios como lo son los EBAIS, las clínicas y los hospitales, para colaborar con el seguimiento de las personas que así lo necesitan.
- También, es posible que se coordine, si es el caso, con el Banco de Leche Humana, actividades relacionadas con la madre donadora.



- Este servicio está disponible para atender a todos los niños/as nacidos en el centro hospitalario junto con sus madres y familiares y que tengan un riesgo o requiera apoyo en el amamantamiento y promoción del desarrollo, además, de las funcionarias del hospital.

BANCOS Y CENTROS DE RECOLECCIÓN DE LECHE HUMANA

Un banco de leche humana es un espacio adaptado en donde se apoya y acompaña a las madres, familias y niños/as en la lactancia materna, además, la leche materna donada de manera voluntaria es procesada para que sea utilizada por otros bebés con necesidades nutricionales u hospitalizados que así la requieran.



Existen dos Bancos y Centros de Recolección de Leche Humana en Costa Rica, situados en:

- Hospital Nacional de las Mujeres Adolfo Carit Eva.
Contacto: 2523-5900 ext. 5725
- Hospital Carlos Luis Valverde Vega (San Ramón).
Contacto: 2456-9898 (central)

Requisitos para donar leche humana

- No haber recibido productos sanguíneos, órganos o tejidos en los últimos 12 meses.
- No sufrir enfermedades crónicas o sistémicas que contraindiquen la lactancia natural.
- No tener hepatitis B o C, enfermedades de transmisión sexual (sífilis o gonorrea), citomegalovirus, VIH o SIDA.
- No fumar ni ingerir bebidas alcohólicas de manera regular.
- No consumir medicamentos que contraindiquen la lactancia natural.
- No tener hijos que presenten cualquier tipo de infección congénita.

SALAS DE LACTANCIA EN LOS CENTROS DE TRABAJO

- Es un espacio accesible, iluminado, ventilado, exclusivo y acondicionado para que las madres se extraigan leche materna y puedan conservarla adecuadamente.
- Debe contar con los elementos necesario para su uso como lo son: refrigeradora, mesas, sillas, lavamanos, dispensador de jabón líquido y toallas, basurero, biombos o cortinas, piso antideslizante, plan de limpieza de la infraestructura, equipo y mobiliario y vías de evacuación.
- Todos los centro de trabajo deben contar con la sala de lactancia acondicionada cuando alberguen 30 mujeres.
- De esta manera se dice que deben de disponer de 15 minutos cada 3 horas o 30 minutos 2 veces al día, para poder realizar la extracción de la leche materna.



SALAS DE LACTANCIA EN LOS CENTROS DE TRABAJO

- La planificación de la lactancia materna en el trabajo, es una acción constante en el tiempo.
- Durante el embarazo, es vital que la madre conozca los derechos legales vinculados a la licencia por maternidad (1 mes antes del parto y 3 meses después de este), hable con su jefe para conocer con qué servicios cuenta la empresa para realizar la extracción de la leche materna y busque apoyo con otras mujeres de la empresa que hayan pasado por esta experiencia.



- Durante la licencia por maternidad, la madre debe utilizar este periodo para concentrarse en su bebé, descansar y practicar la extracción de leche manual o por medio de un extractor.
- De esta manera, conocerá en qué momento del día podrá tomar un espacio en su trabajo para realizar esta práctica, de manera que guarde la leche y se la dé a su bebé cuando regrese al trabajo.
- La madre debe de ayudar a su bebé para que se adapte a tomar la leche en un vaso o taza, para que no pierda el reflejo de succión.

BIBLOGRAFÍA

Aguilar, M.J., Baena, L., Sánchez, A.M., Guisado, R., Hermoso, E. y Mur, N. (2016). Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. *Nutrición Hospitalaria*, 33(22), 482-493. doi: 10.24875/BMHIM.M18000001

Alvarez, M., Orozco, N., Moreno, A., Marín, T., y Tur, I. (2017). Factores que influyeron en el abandono precoz de la lactancia materna en lactantes de un Grupo Básico de Trabajo. *Revista Médica Electrón*, 39(4), 884-893. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39n4/rme040417.pdf>

Arley, R. (2017). Mastitis. *Revista Médica Sinergia*, 2 (9), 8-11. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms179b.pdf>

Arroyo, L.M., Canseco, M., Castillo, M.G., y Belmont, A. (2012). Madres adictas: determinación de niveles de drogas y evaluación del crecimiento y desarrollo de sus hijos en los primeros seis meses. *Perinatología y Reproducción Humana*, 26 (3), 180-186. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v26n3/v26n3a3.pdf>

Banda, B. y Saunero, R. (2012). Deshidratación hipernatrémica y lactancia materna inadecuada. *Revista Médica La Paz*, 18 (2).[1] Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200009

Barboza, M., Moya, R., y Chaves, C. (2015). Bancos de leche humana: un nuevo reto para las y los profesionales en Microbiología y Química Clínica. *Revista del Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica*, 21(1), 18-22. Recuperado de: <http://microbiologos.cr/Revistas/1.pdf>

Barrios, V. (2016). Importancia del tamizaje neonatal: un reto para enfermería. In *Crescendo Ciencias de la Salud*, 3(1), 216-223. Recuperado de: <https://docplayer.es/53175656-Importancia-del-tamizaje-neonatal-un-reto-para-enfermeria-importance-of-newborn-screening-a-challenge-for-nursing.html>

BIBLOGRAFÍA

Begoña, M., Díaz, D., y Velázquez, M. (2015). Valoración del contacto piel con piel y el establecimiento del vínculo madre-recién nacido. *Biblioteca Las Casas: Cuidados de Salud en Iberoamérica*, 11(3). Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0845.pdf>

Berger, M., Bustamante, C., Díaz, S., Tresierra, J., Mayta, P., y Segura, E.R. (2015). Trastornos de la lactancia materna y otros factores asociados a la pérdida de peso neonatal excesiva en un hospital de la Seguridad Social en Lima, Perú. *Nutrición Hospitalaria*, 32 (5), 2062-2070. Recuperado de: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/9462.pdf>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2016). *Manual Técnico Patologías mamarias y asociadas al niño o niña durante el proceso de lactancia materna*. San José, Costa Rica: Imprenta CCSS. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/2019/CLM_manual_patologias_mamaria_final_2016.pdf

Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Manual de procedimientos atención del recién nacido con enfoque de cuidados centrados en el desarrollo y la familia*. San José, Costa Rica: Imprenta CCSS.

Castillo, J., Rams, A., Castillo, A., Rizo, R., y Cádiz, A. (2009). Lactancia materna e inmunidad: Impacto social. *MEDISAN*, 13(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400013

Código de Trabajo de Costa Rica [CTCR]. Ley 2 de 1943. Agosto 26 de 1943. (Costa Rica).

Aguayo, J., Arena, J., Díaz, N.M., Gómez, A., Hernández, M.T., Landa, L.,... Villamil, D. (2004). *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. Madrid, España: ERGON. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_d_e_lactancia_materna_AEP.pdf

BIBLOGRAFÍA

Cortés, V.R, De la Garza, A.B., Fuentes, I., García, M., Rivas, A. (2019). Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC. Recuperado de: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-262-19/ER.pdf>

Cristaldo, P.E. y Arolfo, M.A. (2014). Lactancia Materna. En Grande, M.C. y Román, M.D. Nutrición y salud materno infantil (pp.117-140). Recuperado de: <http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/visor/35427>

De Castro, F. y Place, J.M. (2016). Lactancia y depresión en las madres. En González, T. y Hernández, S (Ed.). Lactancia Materna en México. (pp. 50-54). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

Decreto ejecutivo N° 37271-s de 2012. [Gobierno de Costa Rica]. Norma Nacional para Bancos y Centros de Recolección de Leche Humana. Septiembre 20 de 2012. Recuperado de: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2012/09/20/ALCA135_20_09_2012.pdf

Decreto ejecutivo N° 41080 de 2018. [Gobierno de Costa Rica]. Reglamento de Condiciones para las Salas de Lactancia Materna en los Centro de Trabajo. Mayo 4 del 2018. Recuperado de: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2012/09/20/ALCA135_20_09_2012.pdf

De Lucas, R., Francés, L., y Martín, Y. (2015). Cuidados de las criaturas en los primeros meses de vida. Barcelona, España: FAME. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/criaturas.pdf>

Doménech E., González, N., y Rodríguez, J. (2008). Cuidados generales del recién nacido sano. En Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Neonatología (Ed.) Protocolos de Neonatología. (p.19-28). Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf

BIBLOGRAFÍA

Espínola, B., Costa, M., Díaz, M., y Paricio, J.M. (2016). Mastitis: Puesta al día. Revista Archivos Argentinos de Pediatría, 114 (6), 576-584. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/mastitis_puesta_al_dia.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Uruguay. (2012). Bienvenido bebé: guía completa para el cuidado del recién nacido: 0 a 3 meses. Montevideo, Uruguay: Gráfica Mosca. Recuperado de: https://issuu.com/meses/docs/bb_final

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Venezuela. (2005). Hacia la promoción y el rescate de la lactancia materna. Recuperado de: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>

Gallardo, M., Gallardo, E., Gallardo, L. (2018). Descenso de peso en recién nacidos a término en las primeras 48 horas post natales. Revista Chilena de Pediatría, 89 (3), 325-331. doi: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v89n3/0370-4106-rcp-00101.pdf>

Gobierno de la Rioja. (2015). La lactancia materna: información para amamantar. La Rioja, España: Rioja Salud. Recuperado de: <https://www.riojasalud.es/salud-publica-y-consumo/vida-sana/vida-sana/3804-la-lactancia-materna-informacion-para-amamantar458>

González, M.A. (2012). La lactancia y la madre. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander, 55-62. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v25n1/v25n1a06.pdf>

González, M., Raynero, R.C., Caballero, S.M. (2019). Ictericia neonatal. Pediatr Integral; 23 (3), 147-153. Recuperado de: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii03/04/n3-147-153_MartaGlez.pdf

González, T. y Ferré, I. (2016). Lactancia materna y beneficios para el niño. En González, T. y Hernández, S (Ed.). Lactancia Materna en México. (pp. 15-18). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

BIBLOGRAFÍA

Grande, M.C. (2014). Nutrición y alimentación de la mujer postembarazo. En Grande, M.C. y Román, M.D. Nutrición y salud materno infantil (pp.67-75). Recuperado de: <http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/visor/35427>

Gulayin, M. (2013). Nicotina en leche materna y sus consecuencias en los lactantes. *Epidemiología y salud*, 1 (3), 12-15. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/236898436_Nicotina_en_Leche_Materna_y_sus_Consecuencias_en_los_Lactantes

Gutiérrez, Y. y Marín, L. (2017). Significado de lactancia materna y leche materna para las madres de una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15 (1), 1-23. doi:10.15517/psm.v15i1.26414

Health Nexus Santé. (2016). La importancia de la lactancia materna: Una guía importante sobre lactancia para mujeres y sus familias. Ontario, Canadá: Gobierno de Ontario. Recuperado de: <https://resources.beststart.org/wp-content/uploads/2018/12/B04-SP.pdf>

Hernández, S. y Lozada, A.L. (2016). Lactancia materna, retención de peso posparto y riesgo de obesidad materna en etapas posteriores. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 39-44). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

Herrera, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index de Enfermería*, 22 (1-2), 79-82. doi:10.4321/S1132-12962013000100017

Jenik, A., Grad, E., Orazi, V., Sapoznicoff, L., Fasola, L., Rocca, M., Jacobi, N., y Rossato, N. (2015). Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante: Resumen ejecutivo. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113 (3), 276-287. doi:10.5546/aap.2015.285

Johnson, J.Y. (2011). *Enfermería materno neonatal*. D.F., México: Manual Moderno S.A.

BIBLOGRAFÍA

Juez, G., Niño, R., Ortega, R., Mena, P., Santander, S., y González, M. (2010). Manual de Lactancia Materna: Contenidos técnicos para profesionales de salud. Chile: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Recuperado de: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf

Ladino, L. (2015). Lactancia materna y alimentación complementaria. En Ladino, L. y Bejarano, J.J. (Eds.). Nutrición en Clínica y Pediatría: Avances y prácticas (pp. 23-33). Bogotá, D.C., Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Latorre, M.L., Fernández, G.P., y Ucrós, S. (2014). Síndrome Infantil de Muerte Súbita: nuevos conceptos y una misma solución. Revista de la Facultad de Medicina, 62 (29), 247-254. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n2/v62n2a11.pdf>

Leante, J.L, Pérez, A., Ruiz, C.W., Sanz, E., Benavente, I., Sánchez, M.D., Rite, S., Sánchez, M. (2019). Recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. Anales de Pediatría. 90 (6), 401.e1-401.e5. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.01.019.

Linnercar, A., Gupta, A., Dadhich, J.P., & Bidla, N. (2014). Formula for Disaster: weighing the impact of formula feeding vs breastfeeding on environment [Fórmula del desastre: sopesar el impacto de la alimentación con fórmula frente a la alimentación con leche materna en el medio ambiente] Asia: BPNI / IBFAN. Recuperado de: <http://ibfan.org/docs/FormulaForDisaster.pdf>

López, C. (2014). Cuidados del recién nacido saludable. Acta Pediátrica de México, 35(6), 513-517. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600010

Marín, J., Jiménez, A.M., y Villamarín, E.A. (2015). La importancia de la lactancia en el desarrollo físico, psíquico y relacional del niño. Revista do NESME, 12(1), 7-18. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v12n1/v12n1a03.pdf>

Matos, C., Gómez, Y., Martínez, N., Garrido, D., Arguelles, J.C. (2018). Enfoque terapéutico desde la Medicina Natural y Tradicional para la hipogalactia materna. Revista de Información Científica, 97 (2), 270-280. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n2/1028-9933-ric-97-02-270.pdf>

BIBLOGRAFÍA

Mazariegos, M., Colmenares, M. y López, R. (2016). Diabetes y riesgo cardiovascular en mujeres que amamantan. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 46-50). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

Minagawa, Á., Fujimori, E., Teixeira, C., Simões, L., Vilela, A., y Borges do Nascimento, C. (2017). Lactancia materna: ¿qué ha cambiado en la última década? *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 25 (e2941), 1-10. doi:10.1590/1518-8345.1858.2941

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (2017). *Guía para las madres que amamantan: Dirigida a mujeres que desean amamantar o que amamantan, así como a sus parejas y familiares*. País Vasco: España. Recuperado de: http://www.redets.msssi.gob.es/documentos/GPCLactancia_mujeres_Osteba.pdf

Morales, M., Amerio, P., Valiero, R., y Sosa, C. (2012). El consumo de alcohol disminuye el tiempo de lactancia exclusiva. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 51 (2), 134-140. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v51n2/v51n2_a09.pdf

Moya, R., Mata, A., Chaves, S., y Ulate, F. (2012). *Manual implementación clínicas de lactancia materna y desarrollo: Escenario hospitalario*. San José, Costa Rica: CCSS. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_manual_lactac_materna_y_desarrollo_2012.pdf

Muñoz, L., De las Mercedes, B., Cubides, M., Rodríguez, K., Tapasco, C., Marín, G., Sánchez, A., Ocampo, L., Zapata, M. (2017). Aportes a la seguridad alimentaria a través de la lactancia materna en comunidades rurales. *Revista Médica de Risaralda*, 23(1), 43-48. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v23n2/v23n2a08.pdf>

Nordeng, H., Havnen, G.C., Spigset, O. (2012). Drug use and breastfeeding. *Tidsskr Nor Legeforen*, 132(9) 1089-1093. doi: 10.4045/tidsskr.11.1104.

BIBLOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud. (2004). Método madre canguro, guía práctica: Cuidados madre canguro. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241590351/es/

Organización Panamericana de la Salud y Alianza Mundial Pro Lactancia Materna. (2010). Lactancia Materna: cumplamos los 10 pasos. Penang, Malaysia: Autor. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/SML_WABA/SMLM_2010_folder_de_accion_para_web.pdf

Organización Panamericana de la Salud y Alianza Mundial Pro Lactancia Materna. (2010). Lactancia Materna: cumplamos los 10 pasos. Penang, Malaysia: Autor. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/SML_WABA/MLM_2011_poster.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Folleto para madres y futuras madres: Lactancia y trabajo. España: Autor. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7034:2012-lactancia-trabajo-folleto-madres-futuras-madres-2011&Itemid=1316&lang=es

Orte, E.V., Alba, L., y Serrano, B. (2017). La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Profesión*, 18 (83), e50-e57. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibliografica-anquiologlosia.pdf>

Ortega, M.E. (2015). Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. *Acta Pediátrica de México*, 36, 126-129. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v36n2/v36n2a11.pdf>

Palacios, J.O., Menéndez, J.F., Chew, F., Erazo, E., Zablah, R.A., Espinoza, L.,... Ramírez, C. (2015). Primer consenso centroamericano: alimentación en el primer año de vida. Recuperado de: <http://andeguat.org.gt/wp-content/uploads/2015/02/1-Consenso-Centroamericano-Alimentaci%C3%B3n-en-el-Primer-A%C3%B1o-de-Vida.pdf>

BIBLOGRAFÍA

Paricio, J.M., Lasarte, J.J. (2008). Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible, guía rápida para profesionales. España: Comité de lactancia materna de la AEP. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm_medicamentos.pdf

Paricio, J.M., Díaz, M., Landa, L., Sánchez, M., Escrivá, L. (2014). Medicamentos y lactancia materna. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(5), 239-43. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-medicamentos-lactancia-materna-S1696281814701970>. DOI: 10.1016/S1696-2818(14)70197-0

Pavón, P., Parra, I., Aparicio, M., y Arroba, M.L. (2007). Alimentación del lactante sano. En Suárez, L. (Directora), *Manual Práctico de Nutrición en Pediatría* (pp.41-78). Madrid, España: ERGON. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual_nutricion.pdf

Perdomo, M., y De Miguel, F. (2015). Alimentación complementaria en el lactante. de *Pediatría Integral*, 19 (4): 260-267. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/alimentacion-complementaria-en-el-lactante/>

Piñuñuri, R., Mardones, C., Valenzuela, C., Estay, P. y Llanos, M. (2015). Exposición prenatal a drogas de abuso y crecimiento de lactantes de CONIN Valparaíso, Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (5), 2070-2078. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n5/21originalpediatria04.pdf>

Programa Nacional de Tamizaje Neonatal Costa Rica. (2014-2018). Información para profesionales. San José, Costa Rica: ASTA. Recuperado de: <http://www.tamizajecr.com/profesionales.html>

Quintero, E.J., Roque, P., De la Mella, S.F., y Fong, G. (2014). Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. *Revista Medicentro Electrónica*, 18 (4), 156-162. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v18n4/mdc03414.pdf>

BIBLOGRAFÍA

Ramírez, I. (2016). Lactancia materna y enfermedades crónicas. En González, T. y Hernández, S (Ed.). Lactancia Materna en México. (pp. 22-26). Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

Rossel, K., Sepúlveda, G., y Salinas, G. (2018). El recién nacido expuesto a cocaína antenatal. una propuesta de intervención médica y psicosocial integrada. *Revista de Pediatría Electrónica*, 15 (2), 11-18. Recuperado de: <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2018/vol15num2/pdf/RECIEN%20NACIDO%20OEXPUESTO%20A%20COCAINA%20ANTENATAL%20UNA%20PROPUESTA%20DE%20INTERVENCION%20MEDICA%20Y%20PSICOSOCIAL%20INTEGRADA.pdf>

Salvador, M., y Guerrero, C. (2014). Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 28 (3), 154-158. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2014/ip143f.pdf>

Sánchez, I., Antolín, U., y Vigil, A. I. (2017). Prevalencia de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y factores asociados a su abandono en una Zona Básica de Salud. *Publicaciones Didácticas*, 1 (88), 900-911. Recuperado de: <https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/088160/articulo-pdf>

Segovia, P., Vidal, M.L., Sanchos, C. y Garzón, T. (2007). Cuidados básicos en el recién nacido. Valencia, España: Textes imatges, S.A. Recuperado de: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4775-2007.pdf>

Strain, H., Orchard, F., y Fuentealba, L. (2017). Acompañando tu lactancia: Manual operativo de lactancia materna. Chile: Chile Crece Contigo. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/manual-lactancia-profesionales-y-usuarios.pdf>

Subcomisión de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante. (2017). Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante. Recomendaciones para los profesionales de la salud. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115 (5), S105-S110. Recuperado de: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_colecho-en-el-hogar-lactancia-materna-y-muerte-subita-del-lactante-recomendaciones-para-los-profesionales-de-la-salud-75.pdf

BIBLOGRAFÍA

Teja, E., López, R., Américo, L. Cano, A. y Téllez, J. (2011). Frenillo lingual corto o anquiloglosia. *Acta Pediátrica de México*, 32 (6), 355-356. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4236/423640334009.pdf>

Torres, G. y Unar, M. (2016). Lactancia materna y cáncer de mama y ovario. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 44-46). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

Towle, M.A. (2010). *Asistencia de enfermería materno-neonatal*. Madrid, España: Pearson Educación S.A.

Urquiza, R. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(2), 171-176. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200011

Vayas, R. y Carreras, L. (2012). Hipogalactia: causas y orientación de manejo. *Medicina General y de Familia*, 1 (3), 143-147. Recuperado de: http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V1N3/V1N3_143_147.pdf

Vieira, E.S., Caldeira, N.T., Eugênio, D.S., Lucca, M.M., Silva, I.A. (2018). Autoeficacia para el amamantamiento y depresión post-parto: estudio de cohorte. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 26 (e3035), 1-6. doi: 10.1590/1518-8345.2110.3035.

Villalpando, S. (2016). Lactancia materna y morbilidad y mortalidad en el niño. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 22-26). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

Weiland, P., London, M.L., Moberly, S.M., y Olds, S.B. (2006). *Enfermería maternal y del recién nacido* (5ª ed). Aravaca, Madrid: McGraw Hill Interamericana de España, S.A.U.

I. Localización física y cobertura espacial: Los centros de salud incluyendo Consulta Prenatal, Salas de Maternidad y Clínicas de Lactancia Materna. Además de los cursos de preparación para el parto y postparto, impartidos por el personal de salud de los hospitales públicos.

J. Especificación operacional de las actividades: El siguiente cronograma presenta las actividades vinculadas con la inclusión de este manual educativo en los diversos espacios, durante el 2020.

| Año: 2020 | | | | |
|--|--------------|----------------|--------------|--------------|
| Actividades | Enero | Febrero | Marzo | Abril |
| Presentación de la ficha técnica a la Comisión Nacional de Lactancia Materna | | | | |
| Aprobación del Manual por parte de Tribunal Examinador | | | | |
| Divulgación del proyecto investigativo y el manual educativo por medio de la elaboración de un artículo científico | | | | |
| Presentación del Manual a las jefaturas de la Editorial de la Universidad de Costa Rica | | | | |
| Presentación del Manual a las autoridades pertenecientes a la Sección del Niño y la Niña de la Caja Costarricense del Seguro Social | | | | |

K. Métodos y técnicas: Se utilizaron todas las fases planteadas por la modalidad proyecto. De esta forma, se indagó acerca de los antecedentes nacionales e internacionales en materia de lactancia materna, enfocando la revisión en manuales o guías elaboradas para su implementación con madres, padres o encargados de lactantes. Se gestionaron los permisos debidos para contar con la colaboración de diversas secciones dirigidas a esta población y pertenecientes al Hospital México. Se utilizó la observación, los grupos de enfoque, la entrevista estructurada y la revisión bibliográfica, de manera que todas y cada una de las técnicas de investigación utilizadas permitiera conocer las necesidades de esta población y la construcción de las diversas secciones del manual educativo. Concretamente, se contó con la colaboración de 73 personas madres, padres y acompañantes que asistieron al Hospital México y a un curso de preparación para el parto en Calle Blancos. Además, se contó con el criterio de 4 expertos en el tema de lactancia materna. En adición, se establecieron los insumos y recurso requeridos para obtener el manual. Y finalmente, se diseñó un instrumento de evaluación para el material educativo.

L. Determinación de los recursos necesarios:

A. Humanos: En cuanto a los recursos humanos es importante la presencia e intervención de profesionales en Enfermería que será el encargado de entregar el manual educativo y dar su asesoramiento sobre lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa a

las personas usuarias, en los diferentes espacios como la Consulta Prenatal, las Salas de Maternidad y las Clínicas de Lactancia Materna y en los cursos de preparación para el parto, en los que se encuentren madres, padres y encargados de lactantes o futuros lactantes.

B. Materiales: La distribución del manual educativo sobre lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa, puede ser dado en formato impreso o digital, dependiendo de las necesidades y preferencias de las personas usuarias.

C. Financieros: El financiamiento del manual educativo será cubierto mediante la negociación y colaboración de la Editorial de la Universidad de Costa Rica, la Imprenta de la Caja Costarricense del Seguro Social y la Junta de Protección Social, para su edición.

M. Presupuesto: Se pretende consultar con la Editorial de la Universidad de Costa Rica, el valor de la edición e impresión de este manual educativo. El costo individual del manual ronda los ₡4650, según la cotización realizada con la empresa “Copias Ecológicas”, mientras que el costo que la empresa “TecnoPrint” cotizó fue de ₡5500.

Tabla 1.***Proforma del manual en Copias Ecológicas***

| Producto | Cantidad | Precio | Impuesto | Total de la línea |
|-----------------------|----------|------------|----------|-------------------|
| Color carta impresión | 34 | ¢110.61947 | ¢488.94 | ¢4,250.00004 |
| Couché carta simple | 1 | ¢331.85841 | ¢43.14 | ¢375.00 |
| Grapado unidad | 2 | ¢4.42478 | ¢1.15 | ¢10.00 |
| Plegado | 1 | ¢13.27434 | ¢1.73 | ¢15.00 |

Nota: Copias ecológicas (2019).

Servicios gravados: ¢13.27
 Mercancías gravadas: ¢4,101.77

Subtotal: ¢4,115.04
 Total IVA: ¢ 534.96
Total: ¢ 4,650

Tabla 2.***Proforma del manual en TecnoPrint Sucursal la Mini***

| Cantidad | Descripción | Costo Unitario | Precio en colones |
|--------------|--|------------------|-------------------|
| 1 | Folleto tamaño final media carta, grapado al centro. Consta de portada en C-12 impreso por un lado y 18 hojas carta impresas a color en papel bond por ambos lados. | ¢5,500.00 | ¢5,500.00 |
| Total | | | ¢5,500.00 |

Nota: TecnoPrint (2019).

N. Administración del proyecto: Es labor de las enfermeras y los enfermeros de la Clínica de Lactancia Materna, así como de los profesionales de la consulta prenatal y salas de maternidad del hospital, ser parte de la educación de la madre en el proceso de lactancia materna. El manual, entonces, representa esa herramienta tangible para ejecutar parte de su intervención profesional, por lo que los profesionales serán los encargados de entregar el material a las personas usuarias y de realizar el acompañamiento necesario. Es importante que, periódicamente, realicen constantes aportes en pro de mejorar esta herramienta y brindar un servicio de calidad en el proceso de cuidar a este sector de la población costarricense.

O. Evaluación del proyecto: El instrumento adjunto tiene como objetivo evaluar el funcionamiento del manual educativo sobre lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa dirigido a madres, padres y encargados de los niños o niñas lactantes, para que de esta manera responda a las necesidades actuales que posee esta población. Este instrumento, será aplicado periódicamente por los profesionales de enfermería.

**Evaluación de la comprensión de los contenidos del manual educativo sobre lactancia
materna exclusiva, prolongada y exitosa dirigido a madres, padres y encargados**

Elaborado por: Natalia Chacón Galarza
Ana Marcela Rodríguez Rodríguez

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

Motivo de consulta: _____

Edad del lactante: _____

Tiempo de lactancia materna: _____

Este instrumento tiene como objetivo evaluar la comprensión de los contenidos del Manual Educativo Sobre Lactancia Materna exclusiva, prolongada y exitosa. Es importante mencionar, que las respuestas que usted brinde al profesional en enfermería serán anónimas y tendrán como finalidad mejorar las futuras ediciones, y así asegurar que las embarazadas, madres, acompañantes y niños(as) tengan acceso a información veraz y oportuna, lo que conlleva a que las personas gocen de calidad de vida mediante la promoción de la lactancia materna.

I. Marque con una equis la respuesta que considera que más se acerca a su propia opinión respecto al contenido del manual educativo.

| Temas | Respuesta | | Observaciones |
|--|-----------|----|---------------|
| | Si | No | |
| 1. ¿Considera que el tema de lactancia materna y leche materna se encuentra explicado con claridad? | | | |
| 2. En relación al tema de beneficios de la lactancia materna en los niños y las niñas, las madres, la familia y la sociedad, ¿considera que se encuentra explicado con claridad? | | | |
| 3. ¿La forma en que se encuentra planteado el tema de anatomía de las glándulas mamarias, es comprensible? | | | |
| 4. ¿Comprende usted lo que está expuesto en la sección de etapas de la producción de leche materna? | | | |
| 5. ¿Los factores que aumentan y disminuyen la producción de leche materna, están bien explicados? | | | |

6. ¿Los cuidados de las mamas los comprendió en su totalidad al leer el manual educativo?

7. ¿El tema de alimentación e hidratación en la madre se desarrolló con claridad?

8. ¿El tema de cuidados del recién nacido se encuentra explicado con claridad?

9. ¿El acople al pecho se explica bien?

10. ¿La forma en que se encuentra planteado el tema de frecuencia y cantidad de tomas de leche materna es comprensible?

11. ¿Comprende usted lo que está expuesto en la sección de tamaño del estómago del bebe?

12. ¿Se le explicó bien las posiciones para amamantar?

13. ¿Se le explicó bien lo que es el colecho?

14. ¿El tema de sueño seguro se desarrolló con claridad?

15. ¿El tema de chupetes está correctamente planteado?

16. ¿La extracción y conservación de la leche materna está bien explicado?

17. Entendió bien los medicamentos compatibles e incompatibles con la lactancia materna.

18. ¿Se le explicó bien la lactancia materna y la alimentación complementaria en los niños y niñas?

19. ¿La relactación es una temática que fue desarrollada correctamente para usted?

20. ¿Considera que el tema de complicaciones infantiles está adecuadamente planteado?

21. En relación a las complicaciones maternas, ¿piensa que las mismas se encuentra planteado de la forma adecuada?

22. ¿La información suministrada en la sección de las clínicas de lactancia materna y desarrollo fue de provecho?

23. La forma en que se encuentra planteado el tema de los bancos y centros de recolección de leche humana, ¿es comprensible?

24. ¿Comprende usted lo que está expuesto en la sección de las salas de lactancia en los centros de trabajo?

¡Muchas gracias por su amable colaboración!

6. Capítulo VI: Consideraciones finales

6.1 Conclusiones

La lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa, no es un proceso innato, sino un aprendizaje continuo, que requiere del apoyo de su familia y amigos, además de los profesionales en enfermería. Una actitud positiva, los estímulos sensoriales, auditivos, visuales, y olfativos continuos, el nivel de sensibilización, los conocimientos de los aspectos técnicos de este proceso, el ambiente físico y psicológico que rodea a la madre y al recién nacido, entre otros, son elementos que colaborarán ampliamente en la instauración adecuada de la lactancia materna.

Durante la elaboración del presente proyecto investigativo las investigadoras indagaron sobre los antecedentes internacionales y nacionales de instrumentos educativos para el abordaje de la lactancia materna, visualizándose que existen muchos insumos a nivel internacional. Sin embargo, en Costa Rica, de acuerdo con el estado de la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante niño pequeño” que pertenece a la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi), aún existen retos asociados al apoyo informativo en educación, comunicación y seguimiento del tema, además, de la duración media de la lactancia materna. Mediante elaboración del manual educativo y su aplicación en los distintos niveles de atención, se pretende contribuir, a nivel país, para aumentar significativamente las cifras descritas con anterioridad.

Por medio de esta investigación se hallaron necesidades concretas de las madres, padres y acompañantes de los niños y niñas en el proceso de lactancia materna en el contexto de los cursos de preparación para el parto, la Clínica de Lactancia Materna, la sala de espera

de Ultrasonidos, de esta manera se construyó un manual educativo que tomara en cuenta estas características, además, de elementos de diseño gráfico del mismo, de manera que se adaptará a la población meta. Mediante la elaboración del manual educativo y su aplicación en los distintos niveles de atención, se pretende contribuir, a nivel país, para aumentar significativamente las cifras de duración de la lactancia materna

Es vital continuar con las coordinaciones necesarias para lograr que la Editorial de la UCR en primera instancia, la imprenta de la CCSS, lleve a cabo la impresión de ejemplares de este manual educativo, para que sean utilizados en la atención prenatal, las salas de maternidad, en la Clínica de Lactancia Materna, los Cursos de Lactancia Materna y el TCU 622: Lactancia Materna Efectiva prolongada para Enfermería y otras carreras de la UCR. También, se espera que por medio del apoyo de la Junta de Protección Social, se difunda el manual en los diferentes niveles de atención, como los hospitales, las áreas de salud, las clínicas y los EBAIS y Escuela de Enfermería de la UCR del país.

Se está elaborando el artículo científico, para dar a conocer los elementos principales de este proyecto de investigación y los indicadores de efectividad que fortalecen el uso de esta herramienta, de manera que la comunidad del área de salud conozca a detalle los hallazgos vinculados con la lactancia materna, mediante la publicación de información que puede ser utilizada para futuras intervenciones de Enfermería.

6.2 Recomendaciones

A la Caja Costarricense del Seguro Social: Se recomienda implementar el Manual educativo sobre lactancia materna exclusiva, prolongada y exitosa, en todos los hospitales, áreas de salud, clínicas y EBAIS del país. De manera que se establezca el abordaje a las

madres, padres y encargados de los niños y las niñas que recibirán lactancia materna, en el periodo prenatal y postnatal, mediante el uso de este material educativo elaborado. El manual debe ser facilitado con el debido acompañamiento, de manera que se abran cursos de lactancia materna, que permitan ampliar los temas desarrollados en esta herramienta educativa en la consejería y asesoramiento de lactancia materna. Para alcanzar estos objetivos, se debe disponer de mayor cantidad de profesionales en enfermería que guíen el abordaje de esta población, sobre todo en las clínicas de lactancia y en las comunidades en el primer nivel de atención.

A la Comisión Nacional de Lactancia Materna: Se le solicita colaborar con su criterio técnico en la validación y publicación del manual educativo, mediante el contacto con la Dra. Priscilla Umaña Rojas, presidenta de la CNLM en Costa Rica validando, desde su amplia trayectoria en la temática, la utilización de este insumo en los diversos espacios del sector salud.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica: Se recomienda que, durante el Módulo de Adultez Sana, se continúe impartiendo el taller sobre lactancia materna y se realicen las gestiones para obtener una pasantía por espacios como lo son la Clínica de Lactancia Materna y Desarrollo de los diferentes centros hospitalarios que abren sus puertas para recibir estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. De esta manera se realizará una reflexión sobre la importancia de la lactancia materna y la necesidad de incidir en espacios como estos para realizar las debidas intervenciones en enfermería. El facilitarles este contacto a los y las estudiantes, supondrá una oportunidad para despertar su interés, de manera que indaguen por medio de la consulta de artículos actualizados sobre esta temática y que puedan aportar nuevos avances científicos encontrados para que sean

aplicados por los usuarios y las usuarias que visitan las clínicas. El manual educativo debe ser utilizado como apoyo para los estudiantes que cursan el Módulo de Adulterez Sana, el TCU622 Lactancia Materna Efectiva prolongada para Enfermería y otras carreras y los cursos de Lactancia Materna de la Universidad de Costa Rica.

Al Comité de Trabajos Finales de Graduación: Debe incentivar a los y las estudiantes en la selección de la modalidad Proyecto para presentar el Trabajo Final de Graduación, pues esta representa una excelente elección, dado que permite que el o la estudiante aporte conocimiento a su profesión y responda a las diversas necesidades humanas del país de manera tangible. Se debe recordar que la educación de los y las estudiantes inmersos en una universidad pública, se apoya en una inversión por parte del pueblo costarricense, por lo que existe un compromiso para retribuir de alguna manera la excelente educación otorgada por este sistema.

Al estudiante y profesional en enfermería: El profesional de Enfermería debe ahondar en las teorías y métodos como lo son el constructivismo y andragogía, que si bien es cierto pertenecen al área educativa, complementan las teorías y modelos propios de Enfermería, de manera que el profesional asegure la efectividad del desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería durante el periodo prenatal, de parto y posnatal, brindando una calidad integral del cuidado de la salud. Se sugiere que, en el caso de Enfermería, se aborde en la comprensión profunda de la teoría del déficit de autocuidado creada por Dorothea Elizabeth Orem, la teoría de las transiciones establecida por Afaf Ibrahim Meleis y el modelo de adaptación formulado por Sor Callista Roy.

El uso de herramientas como el manual educativo en las consultas de salud, supone una oportunidad de apoyo en la intervención de los profesionales de Enfermería. Sin embargo, se debe enfatizar en la importancia de un seguimiento profesional sumado a la entrega del manual a los usuarios, para ampliar el abordaje de ciertos temas, tomar en cuenta las particularidades de cada caso y lograr la efectividad deseada.

La realización de manuales educativos sobre lactancia materna que inclusivos, tomando en cuenta a las personas con discapacidades auditivas y visuales, o bien, incluyendo el respeto por las minorías indígenas del país, de forma que se adapte el material educativo a las lenguas nativas y formas de vida de estas personas. Además, de la incorporación de variadas formas de abordar el tema de lactancia materna, como lo son la elaboración de aplicaciones para celular, el diseño de material gráfico para la difusión por medio de redes sociales mayormente utilizadas como lo son Facebook e Instagram, la creación de líneas o chats de ayuda liderados por profesionales de enfermería, y la realización de videos informativos que puedan difundirse en el área de salud, educativa y comunal.

Finalmente, existen temas que fueron mencionados por la población de estudio que pueden ser indagados a profundidad, naciendo de estos, nuevas oportunidades de investigación, por ejemplo, los elementos generales del puerperio, la estimulación temprana y la lactancia especial en madres con cáncer, adolescentes, y en niños y niñas en condición de prematuridad o con Síndrome de Down.

7. Capítulo VII: Referencias bibliográficas

- Aguayo, J., Arena, J., Díaz, N.M., Gómez, A., Hernández, M.T., Landa, L.,... Villamil, D. (2004). *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. Madrid, España: ERGON. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
- Aguayo, J., Serrano, P., Calero, C., Martínez, A., Rello, C., y Monte, C. (2000). Lactancia Materna. *Salud entre nosotros*, 1 (85), 1-12. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/CNLM_lactancia_materna_OMS_12_2009.pdf
- Aguilar, E., Pérez M.L, Martín, M.L, Romero, A.A. (2018). Rehabilitación de las alteraciones en la succión y deglución en recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*; 75:15-22. DOI: 10.24875/BMHIM.M18000001. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v75n1/1665-1146-bmim-75-01-15.pdf>
- Aguilar, M.J., Baena, L., Sánchez, A.M., Guisado, R., Hermoso, E. y Mur, N. (2016). Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. *Nutrición Hospitalaria*, 33(22), 482-493. DOI: 10.24875/BMHIM.M18000001
- Aguirre, E. (2009). *Formulación de proyectos en el área educativa, social y cultural: texto básico para una autoinstrucción*. San José, Costa Rica: URUK Editores.
- Aguirre, J.A. (2015). El manual escolar como objeto de investigación en historia de la educación: apuntes al texto de geografía. *Historia y sociedad*, (28), pp. 247-272. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/hisysoc/article/view/48129>.

- Alonso, J., Baeza, M., Dalmau, J., Díaz, M., De la Calle, T., Ferrández, C.... Pau i, J... (2014). *Guía práctica para padres. Desde el nacimiento hasta los 3 años*. Oviedo, España: AEP/DODOT. Recuperado de: https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf
- Alvarez, M., Orozco, N., Moreno, A., Marín, T., y Tur, I. (2017). Factores que influyeron en el abandono precoz de la lactancia materna en lactantes de un Grupo Básico de Trabajo. *Revista Médica Electrón*, 39(4), 884–893. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39n4/rme040417.pdf>
- Araya, Z., y Brenes, G. (2012). Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 1 (23), 1-14. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/448/44824928008.pdf>
- Arenas, L., Jasso, J., y Campos, R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18(4), 42–48. Recuperado de: https://docgo.net/viewdoc.html?utm_source=autocuidado-elementos-para-sus-bases-conceptuales
- Arley, R. (2017). Mastitis. *Revista Médica Sinergia*, 2 (9), 8-11. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms179b.pdf>
- Arroyo, L.M., Canseco, M., Castillo, M.G., y Belmont, A. (2012). Madres adictas: determinación de niveles de drogas y evaluación del crecimiento y desarrollo de sus hijos en los primeros seis meses. *Perinatología y Reproducción Humana*, 26 (3), 180-186. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v26n3/v26n3a3.pdf>
- Artavia, G. y Garro, H. (s.f.). *Efecto del tabaco, alcohol y otras drogas en el embarazo*. San José, Costa Rica: CCSS.

- Banda, B. y Saunero, R. (2012). Deshidratación hipernatrémica y lactancia materna inadecuada. *Revista Médica La Paz*, 18 (2). Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200009
- Barboza, M., Moya, R., y Chaves, C. (2015). Bancos de leche humana: un nuevo reto para las y los profesionales en Microbiología y Química Clínica. *Revista del Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica*, 21(1), 18-22. Recuperado de: <http://microbiologos.cr/Revistas/1.pdf>
- Barrios, V. (2016). Importancia del tamizaje neonatal: un reto para enfermería. *In Crescendo Ciencias de la Salud*, 3(1), 216-223. Recuperado de: <https://docplayer.es/53175656-Importancia-del-tamizaje-neonatal-un-reto-para-enfermeria-importance-of-newborn-screening-a-challenge-for-nursing.html>
- Becerra, F., Rocha, L., Fonseca, D. M., y Bermúdez, L. A. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(2), 217-227. doi:10.15446/revfacmed.v63n2.44051
- Begoña, M., Díaz, D., y Velázquez, M. (2015). Valoración del contacto piel con piel y el establecimiento del vínculo madre-recién nacido. *Biblioteca Las Casas: Cuidados de Salud en Iberoamérica*, 11(3). Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0845.pdf>
- Berger, M., Bustamante, C., Díaz, S., Tresierra, J., Mayta, P., y Segura, E.R. (2015). Trastornos de la lactancia materna y otros factores asociados a la pérdida de peso neonatal excesiva en un hospital de la Seguridad Social en Lima, Perú. *Nutrición Hospitalaria*, 32 (5), 2062-2070. Recuperado de: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/9462.pdf>

- Brahma, P. y Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, 88 (1), 7-14. doi:10.4067/S0370-41062017000100001
- Caja Costarricense del Seguro Social. (s.f.). *Consejos para una Lactancia Materna Exitosa*. San José, Costa Rica: Imprenta CCSS.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (s.f.). *Efecto del tabaco, alcohol y otras drogas en el embarazo*. San José, Costa Rica: Imprenta CCSS
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). *Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. San José, Costa Rica: Imprenta CCSS. Recuperado de: https://www.ccss.sa.cr/arc/publicaciones/23/guia_atencion_a_mujeres_ninos_y_ninas_periodo_prenatal_parto_y_posparto.zip
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2014). *Leche materna: alimento único y esencial para los bebés*. San José, Costa Rica: Imprenta CCSS.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2016). *Manual Técnico Patologías mamarias y asociadas al niño o niña durante el proceso de lactancia materna*. San José, Costa Rica: Imprenta CCSS. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/2019/CLM_manual_patologias_mamaria_final_2016.pdf
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Manual de procedimientos atención del recién nacido con enfoque de cuidados centrados en el desarrollo y la familia*. San José, Costa Rica: Imprenta CCSS.
- Castillo, F.J. (2018). Andragogía, andragógos y sus aportaciones. *Voces De La Educación*, 3(6), 64-76. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6521968.pdf>

- Castillo, J., Rams, A., Castillo, A., Rizo, R., y Cádiz, A. (2009). Lactancia materna e inmunidad: Impacto social. *MEDISAN*, 13(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400013
- Cerda, H. (1993). *Los elementos de la investigación: como reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. (2 ed). Bogotá, Colombia: Editorial El Bicho LTDA.
- Chacón, M., Marín, L., Chacón, L., y Achí, R. (2015). *Madres ayudando madres: guía de contenidos complementarios*. San José, Costa Rica: INISA/ UCR. Recuperado de http://kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/27858/Madres_Ayudando_Madres_-_Contenidos_-_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Chávez, S. (s.f). *Legislación en la Madre Embarazada y Lactante Costa Rica*. [Manuscrito inédito]. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/CNLM_legislacion_madre_embarazada_lactante.pdf
- Clínica Alemana. (s.f.). *Libro de controles*. Santiago, Chile: Autor. Recuperado de: http://www.alemana.cl/PDF/Guia_Pediatrica_CAS.pdf
- Código de Trabajo de Costa Rica [CTCR]. Ley 2 de 1943. Agosto 26 de 1943. (Costa Rica).
- Comisión Nacional de Desnutrición Infantil. (2013). Lactancia Materna. En *Informando y educando en alimentación y nutrición* (pp. 1-39). San José, Costa Rica: Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/1.lactanciamaterna/pdf/1.lactanciamaterna.pdf>
- Comisión Nacional de Lactancia Materna y Caja Costarricense del Seguro Social. (s.f.). *Extracción manual de leche materna*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Comisión Nacional de Lactancia Materna y Caja Costarricense del Seguro Social. (s.f.). *Guía práctica para la alimentación del niño (a)*. San José, Costa Rica: CCSS.

- Comité de Salud Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría. (2019). *Cannabis durante el embarazo y lactancia: una crisis silenciosa para el cerebro en desarrollo*. Madrid, España: AEP. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cannabis_durante_el_embarazo_y_lactanciaaep6.pdf
- Coronado, M., Sánchez, O., Rodríguez, A., y Gorrita, R. (2010). Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en San José de las Lajas. San José de las Lajas. Recuperado de: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>
- Cortés, V.R., De la Garza, A.B., Fuentes, I., García, M., Rivas, A. (2019). *Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones*. México, CENETEC. Recuperado de: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-262-19/ER.pdf>
- Criado, A., Arteaga, A., Meoño, A., Villamar, C., Vallaes, F., Mollica, L. (2007). *Rol del padre en la lactancia*. WABA. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_el_rol_del_padre_en_LM.pdf
- Cristaldo, P.E. y Arolfo, M.A. (2014). Lactancia Materna. En Grande, M.C. y Román, M.D. *Nutrición y salud materno infantil* (pp.117-140). Recuperado de: <http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/visor/35427>
- De Arco, O.C, y Suárez, Z. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Revista de Universidad y Salud*, 20 (2), 171-182. DOI: 10.22267/rus.182002.121

- De Castro, F. y Place, J.M. (2016). Lactancia y depresión en las madres. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 50-54). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf
- De Céspedes, C., Saborío, M., Trejos, R. y Casco, T. (2003). *Prevención del retardo mental y otras discapacidades por tamizaje neonatal masivo en Costa Rica*. San José, Costa Rica: ASTA. Recuperado de: <http://sid.usal.es/idos/F8/ART9331/prevencionderetardo.pdf>
- Decreto ejecutivo N° 37271-s de 2012. [Gobierno de Costa Rica]. Norma Nacional para Bancos y Centros de Recolección de Leche Humana. Septiembre 20 de 2012. Recuperado de: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2012/09/20/ALCA135_20_09_2012.pdf
- Decreto ejecutivo N° 41080 de 2018. [Gobierno de Costa Rica]. Reglamento de Condiciones para las Salas de Lactancia Materna en los Centro de Trabajo. Mayo 4 del 2018. Recuperado de: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2012/09/20/ALCA135_20_09_2012.pdf
- De Lucas, R., Francés, L., y Martín, Y. (2015). *Cuidados de las criaturas en los primeros meses de vida*. Barcelona, España: FAME. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/criaturas.pdf>
- Doménech E., González, N., y Rodríguez, J. (2008). Cuidados generales del recién nacido sano. En Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Neonatología (Ed.) *Protocolos de Neonatología*. (p. 19-28). Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf

- Escobar, M.T. (2012). Bioética más allá del principialismo. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 12 (2), 6-9. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v12n2/v12n2a01.pdf>
- Escolano, A. (2012). El manual como texto. *Pro-Posições*, 23(3 (69)), 33-50. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pp/v23n3/03.pdf>
- Espínola, B., Costa, M., Díaz, M., y Paricio, J.M. (2016). Mastitis: Puesta al día. *Revista Archivos Argentinos de Pediatría*, 114 (6), 576-584. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/mastitis_puesta_al_dia.pdf
- Fernández, C.E., Gutiérrez, M.M., Martos, M.A., Peña, M., Rodríguez, J., Sánchez, B. (2015). Guía de lactancia materna. Granada, España: Complejo Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano. Recuperado de: https://www.huvn.es/archivos/cms/pediatric/archivos/publico/guia_lactancia_materna_chugr_2015.pdf
- Flores, M.E., y Solano, C.J. (2017). Guía técnica de implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa. Perú: Ministerio de Salud de Perú. Recuperado de: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342276/Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica_de_implementaci%C3%B3n_de_grupos_de_apoyo_comunal_para_promover_y_proteger_la_lactancia_materna_exitosa20190716-19467-1kkyti2.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Uruguay. (2012). *Bienvenido bebé: guía completa para el cuidado del recién nacido: 0 a 3 meses*. Montevideo, Uruguay: Gráfica Mosca. Recuperado de: https://issuu.com/meses/docs/bb_final

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Venezuela. (2005). *Hacia la promoción y el rescate de la lactancia materna*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *Análisis del Módulo de Lactancia Materna. Encuesta Nacional de Hogares 2010. Informe Final*. San José, Costa Rica. Recuperado de: http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Analisis_Modulo_Lactancia_Materna.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Ecuador. (2012). *Lactancia Materna*. Quito, Ecuador. Recuperado de: https://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). Salas de lactancia en el lugar de trabajo: Guía para empresas. Montevideo, Uruguay: Autor. Recuperado de: <http://aticounicef.org.uy/2018/salas-de-lactancia-en-el-lugar-de-trabajo/files/assets/common/downloads/INFORME%20ANUAL%20UNICEF%202017.pdf?uni=2b3a3469c2516f546a00d833440ce2cd>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Uruguay (2012). *Bienvenido bebé. Guía completa para el cuidado del recién nacido. 0 a 3 meses*. UNICEF. Recuperado de: https://issuu.com/meses/docs/bb_final

Forero Y, Isaács MA, Rodríguez SM, Hernández JA. (2013). La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá. *Biomédica*, 33:554-63. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i4.1470>

Franco, J.A, Cabrera, C.E., Zárate, G., Franco, S.A., Covarrubias, M.A., Zavala, M.A. (2018). Representaciones sociales de adolescentes mexicanas embarazadas sobre el

puerperio, la lactancia y los cuidados del recién nacido. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 75:153-159. <http://dx.doi.org/%2010.24875/BMHIM.M18000014>. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/325352618_Representaciones_sociales_de_adolescentes_mexicanas_embarazadas_sobre_el_puerperio_la_lactancia_y_los_cuidados_del_recien_nacido

Gallardo, M., Gallardo, E., Gallardo, L. (2018). Descenso de peso en recién nacidos a término en las primeras 48 horas post natales. *Revista Chilena de Pediatría*, 89 (3), 325-331. doi:<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v89n3/0370-4106-rcp-00101.pdf>

Gallardo, J., García, C., Lujano, J., Pifano, V y Alejos, M.(2017). Enfermería en las prácticas de lactancia materna exclusiva y de las técnicas de amamantamiento. *Salud, Arte y Cuidado*, 10 (2), 33-44. Recuperado de: <https://revistas.ucla.edu.ve/index.php/sac/article/view/566>

García, J.J. (2013). Bioética personalista y bioética principalista: perspectivas. 24(1), 67-76. *Cuadernos de Bioética*. Recuperado de: <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/80/67.pdf>

Gobierno de Aragón. (2009). Cuídame: guía para madres y padres. Aragón, España: ARPIrelieve, S.A. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/3-cuidame_esp.pdf

Gobierno de la Rioja. (2015). La lactancia materna: información para amamantar. La Rioja, España: Rioja Salud. Recuperado de: <https://www.riojasalud.es/salud-publica-y-consumo/vida-sana/vida-sana/3804-la-lactancia-materna-informacion-para-amamantar458>

Gobierno de las Islas Baleares. (2009). *Guía de lactancia materna*. Consejería de Salud y Consumo, Islas Baleares, España: Consejería de Salud y Consumo. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf.

- González, M.A. (2012). La lactancia y la madre. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 55-62. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v25n1/v25n1a06.pdf>
- González, M.G. y Monroy, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13 (2), 124-129.doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
- González, M., Raynero, R.C., Caballero, S.M. (2019). Ictericia neonatal. *Pediatr Integral*; 23 (3), 147–153. Recuperado de: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii03/04/n3-147-153_MartaGlez.pdf
- González, T. y Ferré, I. (2016). Lactancia materna y beneficios para el niño. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 15-18). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf
- Gorichon, S., Álvarez, F., y Cardemil, C. (2015). La formación de adultos: algunas claves para favorecer el proceso de aprender. *Cuaderno de Educación*, 1 (65), 1-9. Recuperado de: http://mailing.uahurtado.cl/cuaderno_educacion_65/pdf/articulo_1.pdf
- Grande, M.C. (2014). Nutrición y alimentación de la mujer postembarazo. En Grande, M.C. y Román, M.D. *Nutrición y salud materno infantil* (pp.67-75). Recuperado de: <http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/visor/35427>
- Fernández, C.E., Gutiérrez, M.M., Martos, M.A., Peña, M., Rodríguez, J., y Sánchez, B., ... Toral, I. (2015). *Guía de Lactancia Materna*. Granada, Nicaragua. Recuperado de: https://www.huvn.es › cms › publico › guia_lactancia_materna_chugr__2015
- Gulayin, M. (2013). Nicotina en leche materna y sus consecuencias en los lactantes. *Epidemiología y salud*, 1 (3), 12-15. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/236898436_Nicotina_en_Leche_Materna_y_sus_Consecuencias_en_los_Lactantes

Gutiérrez, Y. y Marín, L. (2017). Significado de lactancia materna y leche materna para las madres de una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15 (1), 1-23. doi:10.15517/psm.v15i1.26414

Health Nexus Santé. (2016). La importancia de la lactancia materna: Una guía importante sobre lactancia para mujeres y sus familias. Ontario, Canadá: Gobierno de Ontario. Recuperado de: <https://resources.beststart.org/wp-content/uploads/2018/12/B04-SP.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta.). D.F., México: McGraw-Hill Educación.

Hernández, S. y Lozada, A.L. (2016). Lactancia materna, retención de peso posparto y riesgo de obesidad materna en etapas posteriores. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 39-44). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

Herrera, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index de Enfermería*, 22 (1-2), 79-82. doi:10.4321/S1132-12962013000100017

International Baby Food Action Network.(2015). *Cambio climático y salud*. Recuperado de:https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/2015/CNLM_climate_change_2015_Spanish.pdf

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Sociedad Colombiana de Pediatría. (2016). *Empezar una nueva vida: cómo cuidarse durante el posparto*. Colombia: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/files/Empezar_una_nueva_vida.pdf

- Ioana, I., y Fabregat, M. I. (2017). *Promoción de la lactancia materna por el personal sanitario*. Universitat Jaume I. Recuperado de: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169514/TFG_2017_Tudor_Iulia_Ioana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Jenik, A., Grad, E., Orazi, V., Sapoznicoff, L., Fasola, L., Rocca, M., Jacobi, N., y Rossato, N. (2015). Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante: Resumen ejecutivo. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113 (3), 276-287. doi:/10.5546/aap.2015.285
- Johnson, J.Y. (2011). *Enfermería materno neonatal*. D.F., México: Manual Moderno S.A.
- Juez, G., Niño, R., Ortega, R., Mena, P., Santander, S., y González, M. (2010). *Manual de Lactancia Materna: Contenidos técnicos para profesionales de salud*. Chile: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Recuperado de: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
- Kaseem, H., y Silverman, H. (s.f.). Historia y principios de la ética en la investigación biomédica. *Cuadernos de Bioética*, 24 (1), 67-76. Recuperado de: https://umshare.miami.edu/web/wda/ethics/PABI_Agendas/peru/Modules/Research-EthicsHistory.pdf
- Ladino, L. (2015). Lactancia materna y alimentación complementaria. En Ladino, L. y Bejarano, J.J. (Eds.). *Nutrición en Clínica y Pediatría: Avances y prácticas* (pp. 23-33). Bogotá, D.C., Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Lagunas, L.A., Pérez, N.G., Flores, J.M., Soler, L., Hernández, M., Hernández, I.G. (2017). *Consejos para una lactancia materna exitosa*. México: DIF. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/documentos/CLM_consejos_lactancia_materna_exitosa.pdf
- Latorre, M.L., Fernández, G.P., y Ucrós, S. (2014). Síndrome Infantil de Muerte Súbita: nuevos conceptos y una misma solución. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62

(29), 247-254. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n2/v62n2a11.pdf>

Leante, J.L, Pérez, A., Ruiz, C.W., Sanz, E., Benavente, I., Sánchez, M.D., Rite, S., Sánchez, M. (2019). Recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. *Anales de Pediatría*. 90 (6), 401.e1-401.e5. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.01.019.

Lecumberri, L., y Jiménez, T. (s.f.). *La lactancia materna el mejor comienzo*. Pamplona, España: AMAGINTZA. Recuperado de: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/C0AD7084-9CC3-4B71-9CFA-731067601E6F/69013/Librolactancia1.pdf>

Ley 7430 de 1994. Fomento de la Lactancia Materna. Octubre 21 de 1994. N°200.

Ley Reguladora de Investigación Biomédica N°9234. La Gaceta: Diario Oficial. Gobierno de Costa Rica. San José, Costa Rica. 25 de abril del 2014. Recuperado de: <http://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/ley-9234-regulacionn-investigacion-biomedica.pdf>

Linnercar, A., Gupta, A., Dadhich, J.P., & Bidla, N. (2014). *Formula for Disaster: weighing the impact of formula feeding vs breastfeeding on environment [Fórmula del desastre: sopesar el impacto de la alimentación con fórmula frente a la alimentación con leche materna en el medio ambiente]* Asia: BPNI / IBFAN. Recuperado de: <http://ibfan.org/docs/FormulaForDisaster.pdf>

López, C. (2014). Cuidados del recién nacido saludable. *Acta Pediátrica de México*, 35(6), 513-517. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600010

- López, B. E., Martínez, L., y Zapata, N. J. (2013). Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 117-126. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a14.pdf>
- López, C. (2014). Cuidados del recién nacido saludable. *Revista Acta Pediátrica de México*, 35 (6), 513-517. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600010
- Loret de Mola, C., Lessa, B. Victora, C. (2016). Lactancia Materna y Desarrollo cognitivo del niño. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 26-29). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf
- Marín, J., Jiménez, A.M., y Villamarín, E.A. (2015). La importancia de la lactancia en el desarrollo físico, psíquico y relacional del niño. *Revista do NESME*, 12(1), 7-18. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v12n1/v12n1a03.pdf>
- Martínez, P., Martín, E., Macarro, D., Martínez, E., y Manrique, J. (2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 14 (1), 54-66. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706316300689?token=4EB30DEC4B843E963AAE20784C92966D81BA580A5FDB92B4CE7338EDA112CE470D750B710600B925013593F1319E4870>
- Martínez, U., Rangel, Y. Y., y Rodríguez, M. E. (2017). ¿Lactancia materna o en pareja? Un estudio sobre las experiencias de reconfiguración de cuerpos, roles y cotidianidades

en madres y padres mexicanos. *Cuadernos de Saúde Pública*, 33(9), 1-10. DOI: 10.1590/0102-311X00109616

Marriner, A., y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.

Matos, C., Gómez, Y., Martínez, N., Garrido, D., Arguelles, J.C. (2018). Enfoque terapéutico desde la Medicina Natural y Tradicional para la hipogalactia materna. *Revista de Información Científica*, 97 (2), 270-280. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n2/1028-9933-ric-97-02-270.pdf>

Mazariegos, M., Colmenares, M. y López, R. (2016). Diabetes y riesgo cardiovascular en mujeres que amamantan. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 46-50). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

Minagawa, Á., Fujimori, E., Teixeira, C., Simões, L., Vilela, A., y Borges do Nascimento, C. (2017). Lactancia materna: ¿qué ha cambiado en la última década? *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 25 (e2941), 1-10. doi:10.1590/1518-8345.1858.2941

Ministerio de Salud de Costa Rica y Caja Costarricense del Seguro Social. (s.f.). *Los cuidados del recién nacido*. San José, Costa Rica: CCSS.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (2017). *Guía para las madres que*

- amamantan: Dirigida a mujeres que desean amamantar o que amamantan, así como a sus parejas y familiares.* País Vasco: España. Recuperado de: http://www.redets.msssi.gob.es/documentos/GPCLactancia_mujeres_Osteba.pdf
- Mohamed, D y Alcolea, S. (2010). *Guía: Para una lactancia materna feliz.* Ceuta, España: INGESA. Recuperado a partir de: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_lactancia_materna.pdf
- Montes, Á., y Montes, A. (2014). Guía para proyectos de investigación. *Revista Universitas*, 12 (20), enero-junio, 91-126. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/4761/476147260005/>.
- Morales, M., Amerio, P., Valiero, R., y Sosa, C. (2012). El consumo de alcohol disminuye el tiempo de lactancia exclusiva. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 51 (2), 134-140. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v51n2/v51n2_a09.pdf
- Moya, R., Mata, A., Chaves, S., y Ulate, F. (2012). Manual implementación clínicas de lactancia materna y desarrollo: Escenario hospitalario. San José, Costa Rica: CCSS. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_manual_lactancia_materna_y_desarrollo_2012.pdf
- Muñoz, L., De las Mercedes, B., Cubides, M., Rodríguez, K., Tapasco, C., Marín, G., Sánchez, A., Ocampo, L., Zapata, M. (2017). Aportes a la seguridad alimentaria a través de la lactancia materna en comunidades rurales. *Revista Médica de Risaralda*, 23(1), 43-48. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v23n2/v23n2a08.pdf>
- Murez, N., Mojica, A., y Tierra, M. P. (2016). Importancia de la Enfermería en la prevalencia de la lactancia materna. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*, 11 (8), 359.

Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-lactancia-materna/>

Naranjo, Y., Concepción, J.A., y Rodríguez, M. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19 (3), s.p. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>

Naranjo, Y., Jiménez, N., y González, L. (2018). Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 22(2), 231-243. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v22n2/amc130218.pdf>

Nordeng, H., Havnen, G.C., Spigset, O. (2012). Drug use and breastfeeding. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 132(9) 1089–1093. DOI: 10.4045/tidsskr.11.1104.

Olmedo, N. y Farrerons, O. (2017). *Modelos Constructivistas de Aprendizaje en Programas de Formación*. Catalunya, España: Omnia Science. Recuperado de: https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/112955/modelos_constructivistas.pdf;jsessionid=87FD4CAC0788E4E52A62E411AAF82F9D?sequence=1

Organización de las Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: Naciones Unidas. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2004). Método madre canguro, guía práctica: Cuidados madre canguro. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241590351/es/

Organización Mundial de la Salud. (2010). Alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras

ciencias de la salud. Washington, D.C., Estados Unidos: OPS. Recuperado de:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/

Organización Mundial de la Salud y Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil. (2019). *Iniciativa Mundial sobre la Tendencia de la Lactancia Materna*. San José, Costa Rica: CEFEMINA, BPNI, APROLAMA, IBFAN.

Organización Panamericana de la Salud y Alianza Mundial Pro Lactancia Materna. (2010). *Lactancia Materna: cumplamos los 10 pasos*. Penang, Malaysia: Autor. Recuperado de:
https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/SML_WABA/SML_M_2010_folder_de_accion_para_web.pdf

Organización Panamericana de la Salud y Alianza Mundial Pro Lactancia Materna. (2010). *Lactancia Materna: cumplamos los 10 pasos*. Penang, Malaysia: Autor. Recuperado de:
https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/SML_WABA/ML_M_201_poster.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Folleto para madres y futuras madres: *Lactancia y trabajo*. España: Autor. Recuperado de:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7034:2012-lactancia-trabajo-folleto-madres-futuras-madres-2011&Itemid=1316&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Protección de la Salud Infantil Guía para los agentes de salud*. Washington, DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Semana Mundial de la Lactancia Materna: OPS/OMS Costa Rica*. Recuperado de:
https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_content&view=article&id=246:semana-mundial-de-la-lactancia-materna&Itemid=248

- Orte, E.V., Alba, L., y Serrano, B. (2017). La anquiloglosia y las dificultades que presenta en el amamantamiento. *Matronas Profesión*, 18 (83), e50-e57. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibliografica-anquiologlosia.pdf>
- Ortega, M.E. (2015). Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. *Acta Pediátrica de México*, 36, 126-129. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v36n2/v36n2a11.pdf>
- Palacios, J.O., Menéndez, J.F., Chew, F., Erazo, E., Zablah, R.A., Espinoza, L.,... Ramírez, C. (2015). *Primer consenso centroamericano: alimentación en el primer año de vida*. Recuperado de: <http://andeguat.org.gt/wp-content/uploads/2015/02/I-Consenso-Centroamericano-Alimentaci%C3%B3n-en-el-Primer-A%C3%B1o-de-Vida.pdf>
- Paricio, J.M., Lasarte, J.J. (2008). *Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible, guía rápida para profesionales*. España: Comité de lactancia materna de la AEP. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm_medicamentos.pdf
- Paricio, J.M., Díaz, M., Landa, L., Sánchez, M., Escrivá, L. (2014). Medicamentos y lactancia materna. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(5), 239-43. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-medicamentos-lactancia-materna-S1696281814701970>. DOI: 10.1016/S1696-2818(14)70197-0
- Patronato Nacional de la Infancia. (2017). *Política para la primera infancia 2015-2020*. San José, Costa Rica: Gobierno de la República de Costa Rica. Recuperado de: <https://pani.go.cr/publicaciones/documentos/politicas/833-politica-para-la-primera-infancia-2015-2020-1/file>

- Pavón, P., Parra, I., Aparicio, M., y Arroba, M.L. (2007). Alimentación del lactante sano. En Suárez, L. (Directora), *Manual Práctico de Nutrición en Pediatría* (pp.41-78). Madrid, España: ERGON. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual_nutricion.pdf
- Perdomo, M., y De Miguel, F. (2015). Alimentación complementaria en el lactante. *De Pediatría Integral*, 19 (4): 260-267. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/alimentacion-complementaria-en-el-lactante/>
- Pérez, M.J, Echauri, M., Ancizu, E., Chocarro, J.S.M. (2006). *Manual de educación para la salud*. Navarra, España: ONA Industria Gráfica.
- Piñuñuri, R., Mardones, C., Valenzuela, C., Estay, P. y Llanos, M. (2015). Exposición prenatal a drogas de abuso y crecimiento de lactantes de CONIN Valparaíso, Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (5), 2070-2078. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n5/21originalpediatria04.pdf>
- Prado, L.A., González, M., Paz, N., y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36 (6), 835-845. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- Programa Nacional de Tamizaje Neonatal Costa Rica. (2014-2018). *Información para profesionales*. San José, Costa Rica: ASTA. Recuperado de: <http://www.tamizajecr.com/profesionales.html>
- Prudencio, C. (2016). *Orientaciones técnicas para la atención en clínicas de lactancia materna*. Chile: Chile Crece Contigo. Recuperado de:

https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/01/Orientacion-materna-infancia.pdf

Quiceno, H. (2001). El manual escolar: pedagogía y formas narrativas. *Revista Educación y Pedagogía*, 23 (29-30), 53-67. Recuperado de: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaey/article/viewFile/7506/6909>.

Quintero, E.J., Roque, P., De la Mella, S.F., y Fong, G. (2014). Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. *Revista Mediceletrónica*, 18 (4), 156-162. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v18n4/mdc03414.pdf>

Ramírez, I. (2016). Lactancia materna y enfermedades crónicas. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 22-26). Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

Reina, N.C. (2010). El Proceso de Enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, 17(1), 18-23. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

Rodríguez, I. (2016). Lactancia materna y enfermedades crónicas en el niño. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 29-33). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

Rodríguez, L. (2011). Pérdida de peso a los 2 días de vida en recién nacidos sanos según tipo de lactancia, edad gestacional, tipo de parto y peso al nacer. *Revista de Enfermería Cy L*, 3 (1), 15-22. Recuperado de:

<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/55/41>

- Rojas, R. (2013). *Guía para realizar investigaciones sociales*. D.F., México: Editorial Plaza y Valdés.
- Rossel, K., Sepúlveda, G., y Salinas, G. (2018). El recién nacido expuesto a cocaína antenatal. Una propuesta de intervención médica y psicosocial integrada. *Revista de Pediatría Electrónica*, 15 (2), 11-18. Recuperado de: <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2018/vol15num2/pdf/RECIEN%20NACIDO%20EXPUESTO%20A%20COCAINA%20ANTENATAL%20UNA%20PROPUESTA%20DE%20INTERVENCION%20MEDICA%20Y%20PSICOSOCIAL%20INTEGRADA.pdf>
- Rumbo, M.B. (2016). Problemas y retos de la educación de las personas adultas. *Educación*, 52 (1), 93-106. DOI: 10.5565/rev/educar.707
- Salvador, M., y Guerrero, C. (2014). Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 28 (3), 154-158. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2014/ip143f.pdf>
- Sánchez, I., Antolín, U., y Vigil, A. I. (2017). Prevalencia de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y factores asociados a su abandono en una Zona Básica de Salud. *Publicaciones Didácticas*, 1 (88), 900-911. Recuperado de: <https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/088160/articulo-pdf>
- Sánchez, L. y Cooknell, L. (2017). Powerof 3: utilizar principios del aprendizaje de adultos para la formación de pacientes. *Revista Elsevier Nursing*, 34 (5), 61-63. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-power-3-utilizar-principios-del-S021253821730170X>

- Schunk, D.H. (2012). *Teorías de aprendizaje: una perspectiva educativa* (6ed.). México: Pearson Educación. Recuperado de: http://www.visam.edu.mx/archivos/_LIBRO%206xta_Edicion_TEORIAS_DEL_APRENDIZAJE%20-%20DALE%20H%20SCHUNK.pdf
- Segovia, P., Vidal, M.L., Sanchos, C. y Garzón, T. (2007). Cuidados básicos en el recién nacido. Valencia, España: Textesimatges, S.A. Recuperado de: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4775-2007.pdf>
- Sena A, Rivera R, Díaz E, Hernández B, Armas N. (2014). Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. *Rev. Ciencias Médicas*. Julio-Agosto; 18(4): 574-589. Recuperado a partir de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v18n4/rpr04414.pdf>
- Soto P., Masalan P., Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica. Condes*, 29(3) 288-300. doi: 10.1016/j.rmclc.2018.05.001.
- Strain, H., Orchard, F., y Fuentealba, L. (2017). *Acompañando tu lactancia: Manual operativo de lactancia materna*. Chile: Chile Crece Contigo. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/manual-lactancia-profesionales-y-usuarios.pdf>
- Subcomisión de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante. (2017). Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante. Recomendaciones para los profesionales de la salud. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115 (5), S105-S110. Recuperado de: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_colecho-en-el-hogar-lactancia-materna-y-muerte-subita-del-lactante-recomendaciones-para-los-profesionales-de-la-salud-75.pdf

- Teja, E., López, R., Américo, L. Cano, A. y Téllez, J. (2011). Frenillo lingual corto o anquiloglosia. *Acta Pediátrica de México*, 32 (6), 355-356. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4236/423640334009.pdf>
- Torres, G. y Unar, M. (2016). Lactancia materna y cáncer de mama y ovario. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 44-46). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf
- Towle, M.A. (2010). *Asistencia de enfermería materno-neonatal*. Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Ubaldo, S. y Martínez, R. (2009). *Modelo Andragógico: Fundamentos*. D.F, México: Universidad del Valle de México.
- Urquizo, R. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(2), 171-176. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200011
- Varela, M. (2010). Sobre los manuales escolares. *Escuela Abierta*, 13 (1), 97-114. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3603580.pdf>.
- Vasconcelos, M.A., Fernandes, G., Santos, C., Mendes de Araújo, V. (2014). La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. *Aquichan*, 14(2), 196-206. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955935>
- Vayas, R. y Carreras, L. (2012). Hipogalactia: causas y orientación de manejo. *Medicina General y de Familia*, 1 (3), 143-147. Recuperado de: http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V1N3/V1N3_143_147.pdf

- Veiga, J., De la Fuente, E., y Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudio en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 54 (210), 81-88. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011
- Victoria, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. [La lactancia materna en el siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efecto de por vida]. *The Lancet*, 387, (10017), 475-90. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- Vieira, E.S., Caldeira, N.T., Eugênio, D.S., Lucca, M.M., Silva, I.A. (2018). Autoeficacia para el amamantamiento y depresión post-parto: estudio de cohorte. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 26 (e3035), 1-6. DOI: 10.1590/1518-8345.2110.3035.
- Villalpando, S. (2016). Lactancia materna y morbilidad y mortalidad en el niño. En González, T. y Hernández, S (Ed.). *Lactancia Materna en México*. (pp. 22-26). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf
- Weiland, P., London, M.L., Moberly, S.M., y Olds, S.B. (2006). *Enfermería maternal y del recién nacido* (5ª ed). Aravaca, Madrid: McGraw Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Zárate. M. y Arias, D. (s.f.). *Los primeros 10 días de la lactancia*. San José, Costa Rica: CCSS.

8. Capítulo VIII: Anexos

Anexo 1. Guía de observación

**Guía de observación
Clínica de Lactancia Materna del Hospital México**

Número de observación realizada:

Nombre de la(s) persona(s) que realiza(n) la observación:

| |
|---|
| Espacio en el cual se desarrolla la observación |
| |
| Personas que participarán en la observación |
| |
| Momento en el que se reúnen los participantes durante la observación |
| |
| Actitudes, conductas y comportamientos claves de los participantes en la observación |
| |
| Contenido de las conversaciones de los participantes en la observación (lenguaje verbal y no verbal, símbolos, tradiciones, creencias, valores y concepciones de la Lactancia Materna) |
| |

Referencias bibliográficas

Cerda, H. (1993). *Los elementos de la investigación: como reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. (2 ed). Bogotá, Colombia: Editorial El Buho LTDA.

Rojas, R. (2013). *Guía para realizar investigaciones sociales*. D.F., México: Editorial Plaza y Valdés.

Anexo 2. Instrumento conversatorio madres

Guía para la realización de conversatorio (grupal)

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

Se llevará a cabo un conversatorio grupal (5 a 10 personas), de acuerdo a la asistencia programada para el taller de preparación para el parto y postparto impartido por Ivonne Rojas. Este grupo contará con mujeres mayores de edad, así como sus acompañantes, siempre y cuando estén involucrados en el proceso de lactancia.

Preguntas generadoras

1. Si se realizara un material educativo para el proceso de lactancia materna, ¿qué temas le gustaría que se desarrollaran en el mismo?
2. A usted como acompañante de la madre en proceso de lactancia, ¿qué considera esencial conocer para colaborar con esta práctica?
3. ¿En qué momento de su periodo de gestación le parece más conveniente contar con dicho material educativo, durante el periodo prenatal o posnatal?
4. ¿Mediante qué tipos de técnicas considera usted que aprendería mejor acerca de estos temas?
5. ¿Cómo debería ser este material educativo (colores, imágenes, dibujos, tipo de letra, etc)?
6. ¿Cómo le gustaría obtener este material educativo (digital, en físico, mediante una aplicación para celular, videos, página web, etc)?

Datos de los participantes (Curso de preparación para parto y posparto)

| Participante y/o acompañante | Lugar de residencia | Edad | Ocupación | Meses de embarazo | Cantidad de hijos/hijas |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------|------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Guía para la realización de conversatorios (individuales) en la Clínica de Lactancia
Materna del Hospital México**

Fecha: _____ Hora: _____

Datos de la participante y su familia o acompañantes

Lugar de residencia: _____

Edad: _____

Nivel educativo: _____

Ocupación: _____

Edad del lactante/ Edad gestional: _____

Tiempo de lactancia materna: _____

Cantidad de hijos/hijas: _____

Preguntas

1. Si se realizara un material educativo para el proceso de lactancia materna, ¿qué temas le gustaría que se desarrollaran en el mismo?

2. A usted como acompañante de la madre en proceso de lactancia, ¿qué considera esencial conocer para colaborar con esta práctica?

3. ¿En qué momento de su periodo de gestación le parece más conveniente contar con dicho material educativo, durante el periodo prenatal o posnatal?

4. ¿Mediante qué tipos de técnicas considera usted que aprendería mejor acerca de estos temas?

5. ¿Cómo debería ser este material educativo (colores, imágenes, tipo de letra, etc)?

6. ¿Cómo le gustaría obtener este material educativo (digital, en físico, mediante una aplicación para celular, videos, página web, etc)?

Anexo 3. Instrumento entrevista expertos

Guía de entrevista a expertos sobre la lactancia materna

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

Entrevistador(a): _____

Entrevistado(a): _____

Profesión: _____

Puesto: _____

Introducción

La mayor motivación para realizar este trabajo fue el gran interés en conocer las necesidades en cuanto a las prácticas de lactancia materna que pueden implementarse durante el periodo prenatal y postparto, además de las complicaciones para la madre y el recién nacido, en las que tanto la madre, como el padre y los encargados colaboran. De esta manera se elaborará un manual educativo sobre esta temática para acompañar a estas personas en este proceso, además de mejorar la calidad en el servicio de atención de la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México. Reconocemos que por la profesión que desempeña, su puesto y la experiencia en el tema posee información valiosa que puede ser de gran ayuda para poder realizar el manual educativo.

Características de la entrevista

Esta entrevista cualitativa consta de nueve preguntas de opinión y conocimiento de carácter abiertas que van de cuestiones más generales a más específicas sobre la lactancia materna, de ser posible puede contar alguna anécdota al respecto para poder comprender un poco mejor su punto de vista. Si usted así lo autoriza puede aparecer su nombre en el documento del trabajo final de graduación para y como bien indica el consentimiento informado previamente entregado si usted está de acuerdo se utilizará también un dispositivo electrónico para grabar la entrevista, esto con el fin de que los detalles de la información puedan ser recopilados de manera fidedigna.

Preguntas

1. ¿Qué opina sobre la lactancia materna en Costa Rica?
2. ¿Qué conoce sobre lactancia materna a nivel internacional?
3. ¿Qué aportes considera que su disciplina ofrece en cuanto a esta temática?
4. ¿Cuáles considera que son los retos actuales del sistema de salud costarricense en relación a la lactancia materna?
5. ¿De qué manera considera usted que aprenden las madres, padres y encargados de la lactancia materna de sus hijos e hijas?
6. ¿Cuáles son algunas de las estrategias novedosas de enseñanza-aprendizaje (para las madres, padres y encargados de lactantes) que pueden ser implementadas en este tema?
7. ¿Considera usted que es importante fomentar la lactancia materna en la población costarricense? ¿Por qué?
8. ¿Cuáles aspectos o temáticas consideran vitales que sean tomados en cuenta para la realización del manual educativo (tomando en cuenta el periodo prenatal y postparto de la madre y el lactante, además de las complicaciones asociadas)? ¿Por qué?

9. ¿Qué documentos, ya existentes, considera imprescindibles para incluir en este manual educativo?

Observaciones

Agradecemos su enorme colaboración con el proyecto y esperamos contar con su colaboración para futuros proyectos relacionados.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

EE Escuela de
Enfermería

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Creación de un manual educativo sobre lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, durante 2019

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre de las Investigadoras Principales: Natalia Chacón Galarza, Ana Marcela Rodríguez Rodríguez.

Nombre del participante: _____

1. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Está investigación será aplicada por dos estudiantes de la escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, respectivamente serán: Natalia Chacón Galarza y Ana Marcela Rodríguez Rodríguez, a lo largo del año 2019 y con la guía de la profesora MSc. Ernestina Aguirre Vidaurre. La mayor motivación para realizar este trabajo fue el gran interés en conocer las necesidades cuanto a las prácticas lactancia materna que pueden implementarse durante el periodo prenatal y postparto, además de las complicaciones para la madre y el recién nacido, en las que tanto la madre, como el

padre y los encargados colaboran. De esta manera se elaborará un manual educativo sobre esta temática para acompañar a estas personas en este proceso, además de mejorar el servicio de atención de la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México y finalmente brindarles mayor calidad en el mismo.

2. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Si usted decide participar en dicha investigación deberá compartir sus conocimientos relacionados a la importancia de fomentar la lactancia materna, las mejores formas de atención a las familias gestantes en periodo de lactancia, sus conocimientos sobre algunos documentos previamente publicados sobre el tema, estrategias novedosas de enseñanza-aprendizaje en el proceso de lactancia materna, las recomendaciones (desde su punto de vista profesional) de las necesidades más importantes que deben ser cubiertas por el manual, así como comentar desde su opinión profesional cuáles beneficios sociales considera que puede aportar este proyecto, entre otros. Para ello se utilizarán diversas técnicas de recolección de información como lo es la entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas de manera que usted pueda tener la libertad de compartir sus conocimientos, si así lo desea. La recolección de la información se realizará por medio de visitas previamente coordinadas con la persona responsable, mediante correo electrónico o llamada telefónica en los lugares establecidos por ambas partes. Además, si usted así lo autoriza (firmando la opción extra en el espacio destinado al final) se utilizará también un dispositivo electrónico para grabar la entrevista, esto con el fin de que los detalles de la información puedan ser recopilados de manera fidedigna. Una vez obtenidos estos datos, se procederá a organizarlos para poder obtener conclusiones y visualizar qué temática debe ser colocada en el manual educativo, así como las recomendaciones brindadas.
3. **RIESGOS:** La participación en este estudio puede contener cierto riesgo o molestia para usted, en el sentido de que por ejemplo, se puede sentir ansioso(a), nervioso(a), incómodo(a) o cansado(a). Pero podrá indicar si se siente de esta manera para poder brindarle el espacio que necesita. O si desea conversar más ampliamente al respecto con alguna de las estudiantes, puede realizarlo con toda libertad.
4. **BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, contribuirá con la satisfactoria conclusión y resultados de la investigación, además podrá fomentar que las investigadoras aprendan más acerca de las necesidades que poseen las madres, padres y encargados específicamente del proceso de lactancia materna. Además, una vez elaborado el manual educativo este será utilizado en las consultas prenatales y la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, de manera que las familias gestantes podrán contar con un mejor servicio de salud y es probable que beneficiará a otras personas en el futuro.
5. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con alguna de las estudiantes mencionadas anteriormente sobre este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Natalia Chacón Galarza al teléfono 83336537 o al correonataliachacongalarza12@gmail.com en el horario de lunes a viernes de 8

am a 4 pm. O a Ana Marcela Rodríguez Rodríguez al teléfono 85631172 o al correo anamarcerr@gmail.com, bajo el mismo horario de atención. También, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

6. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
7. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte el proceso.
8. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
9. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto, fecha.

Estoy de acuerdo que en el proyecto de investigación aparezca mi nombre:

Sí: _____ No: _____ Firma y nombre: _____

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento, fecha.

Anexo 4. Guía de observación con categorías de análisis

Guía de observación Clínica de Lactancia Materna del Hospital México

Número de observación realizada: 7

Nombre de la(s) persona(s) que realiza(n) la observación:

Natalia Chacón Galarza

Ana Marcela Rodríguez Rodríguez

Espacio en el cual se desarrolla la observación

Estas observaciones se desarrollan en dos espacios principales ubicados en el primer piso del Hospital México. El primer espacio consiste en un lugar habilitado como sala de espera, ya que anteriormente ese espacio se utilizaba como sala de cirugías y recuperación, de un tamaño aproximado de 4 metros de largo por 3 metros de ancho. En la entrada de la sala habían dos cortinas largas que usualmente estaban abiertas. En las paredes de esta sala habían afiches y mantas (hechas a mano) relacionados con el proceso de lactancia y el crecimiento y desarrollo del recién nacido. También, habían tres sillones color vino para que los usuarios del servicio pudieran esperar su turno en la Clínica de Lactancia Materna. Finalmente, existía una mesa pequeña colocada en una de las esquinas del espacio. Las paredes eran de concreto, cubiertas con azulejos color gris. Una de estas paredes estaba compuesta por dos terceras partes de concreto y la parte superior restante era de vidrio. En frente de la sala, había un baño habilitado del cual hacían uso tanto personas hospitalizadas, como usuarios de la clínica de lactancia y monitoreo fetal.

En cuanto al segundo espacio, este consistía en la Clínica de Lactancia Materna en sí. Esta poseía un tamaño un poco más pequeño que la sala de espera y con los mismos acabados que la sala de espera. Afuera de la misma estaba el lavamanos y el dispensador de jabón y toallas. En este espacio, existían lámparas posiblemente utilizadas para las cirugías, que no son utilizadas ahora. Sin embargo, adaptaron otras corrientes de luz, para iluminar la sala. Dentro de este espacio (clínica de lactancia), existía un escritorio en donde la profesional en enfermería ginecológica y obstétrica, realizaba sus anotaciones ligadas a la consulta, papelería, elementos de oficina y una computadora, que sirven de complemento a este proceso. Además, habían varios extractores de leche eléctricos que eran utilizados tanto por las madres como por las trabajadoras del hospital. En otro sector de la sala, existía una pesa electrónica y un tallímetro de madera ubicados sobre un mueble adaptado para la valoración de los niños y las niñas, en este espacio se ubicaba un móvil con el fin de entretener a los recién nacidos mientras la profesional realizaba sus intervenciones. Finalmente, habían dos sillas, para que la madre y su acompañante, si es el caso, pudieran sentarse y recibir la atención necesaria.

| |
|--|
| Personas que participarán en la observación |
| Para la realización de estas observaciones se contó con la participación de 7 madres con sus respectivos niños o niñas y en la mayoría de los casos con un acompañante, que bien podría ser sus hijos o hijas, madre, hermana, esposo o compañero. |
| Momento en el que se reúnen los participantes durante la observación |
| Las consultas de la Clínica de Lactancia Materna estaban programadas en un espacio de 10 a.m. a 12 m.d. Sin embargo, muchas madres comenzaban a llegar desde las 9:30 a.m. La observación se realizó durante los días 8, 10, 14 y 17 de mayo del 2019. |
| Actitudes, conductas y comportamientos claves de los participantes en la observación |
| <p>En general, las madres y los acompañantes ingresaban a la sala de espera preguntando si habían llegado al lugar indicado y si la profesional en enfermería estaba disponible. En sus rostros se podía notar duda, ansiedad, preocupación tanto por lo mencionado anteriormente, como por su situación particular de consulta. En todas las madres era frecuente observar que traían consigo una maleta con insumos necesarios para el cuidado del bebé, así como el Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña brindado por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).</p> <p>Con respecto a esto, algunos de los motivos de consulta consistían en dificultades en el acople, ictericia, hipoglicemias, bajo peso al nacer, prematuridad, además de consultas con respecto al proceso de lactancia y también casos especiales como embarazo adolescente y complicaciones maternas como congestión mamaria, mastitis y grietas en los pezones.</p> <p>En la mayoría de las madres y sus acompañantes se percibía duda con respecto al papel de las estudiantes en la clínica, sin embargo, una vez que se les explicaba a las madres el objetivo de la presencia de las investigadoras en el lugar, su actitud era de cooperación y apertura.</p> <p>Durante la observación era recurrente que muchas de las madres que asistían a la clínica manifestaran sentimientos de incertidumbre, inseguridad y dudas con respecto al proceso de lactancia. Algunas incluso mencionaban que, a pesar de tener más hijos, el proceso era distinto y se volvía una nueva experiencia. Además, la mayoría de las madres rescataban que era importante que las madres tuvieran un espacio para evacuar dudas y resolver problemas, donde un profesional en salud experto en lactancia materna estuviera disponible para atenderles.</p> <p>Durante la observación y, a pesar de que las madres trataban de posponer la lactancia hasta el momento de la cita, muchas tuvieron que dar de mamar a sus hijos e hijas antes de ingresar. Las madres se mostraban cómodas y seguras realizando esta práctica en frente de</p> |

las investigadoras, inclusive muchas conversaban durante la misma. En cuanto a la consulta en sí, algunas madres cuando se les solicitaba que dieran de mamar a su hijo o hija para observar el desempeño, la efectividad y el éxito del proceso, se mostraban nerviosas y tensas, mientras que otras estaban tranquilas y confiadas con el mismo.

Una vez que finalizaban su consulta en la clínica con la enfermera, las madres y sus acompañantes se mostraban satisfechos y tranquilos, ya que habían evacuado sus interrogantes y se les había brindado múltiples herramientas para contribuir con la resolución de las necesidades presentadas. De igual manera, se les asignaba, dependiendo del caso y su complejidad, una cita de seguimiento programada usualmente una semana después.

Contenido de las conversaciones de los participantes en la observación (lenguaje verbal y no verbal, símbolos, tradiciones, creencias, valores y concepciones de la Lactancia Materna)

Observación 1

Fecha: 8 de mayo del 2019.

Hora: 10:00 a.m.

La madre era una mujer de 34 años, proveniente de Tibás que se desempeña como secretaria, además, su hija tenía 9 días de nacida. Cuando se conversó con ella, se pudo observar que ella manifestaba temor porque según su percepción, su pezón era demasiado grande y complicaba la lactancia. Adicionalmente, la condición de prematuridad de su hija generaba que su interés principal fuera el aumento de peso de la recién nacida. Inclusive, durante la observación menciona la siguiente frase: “tengo miedo de que mi leche no le sustente”.

Durante la consulta de la Clínica de Lactancia, la profesional en enfermería le indicó que en el caso de niños o niñas prematuros, es importante vigilar el aumento de peso (20-30g por día). Sin embargo, esto debe ir de la mano de otros elementos como lo son: la actitud positiva de la madre, el fortalecimiento del vínculo entre madre e hijo(a), el contacto piel con piel (Programa Canguro), la balanceada alimentación de la madre, la constancia en las tomas de leche que requiere su hija (cada dos horas en el día y cada tres horas en la noche, durante 20-30 minutos), la posición más adecuada para el amamantamiento es la llamada “caballito”, la aplicación de sencillas medidas de termorregulación como mantener abrigada a la niña,

Anatomía materna y proceso fisiológico de la lactancia materna (✓)

Lactancia especial (prematuro, adolescentes) (✓)

Tamaño del estómago de los y las bebés según edad (¿es suficiente?) (✓)

Colecho, contacto piel con piel y vínculos afectivos (✓)

Alimentación recomendada en la madre durante el embarazo y el proceso de lactancia materna

lavigilancia de las excretas de orina y heces en el recién nacido (mojar más de 5 pañales diarios).

Además de la realización de auto-masajes en el pecho que favorezcan la salida de leche, así como también la realización de masajes de estimulación a nivel de cuello de la bebé para favorecer la deglución y masajes orofaciales para mejorar el reflejo de succión, vigilar que la bebé durante el proceso de alimentación succione, trague y respire para verificar su estabilización. Algunas de las medidas antirreflujo sugeridas por la enfermera son las siguientes: colocar al lactante en posición semi-sentado mediante el uso de una calza en el colchón (no usar almohada) y no batirlo ni golpetearle la espalda durante el proceso de lactancia ya que su cardias está inmaduro. Cabe destacar que por la condición de prematuridad de su hija, se debe vigilar que no presente broncoaspiraciones, hipoglicemias ni apneas. En caso de presentar apnea, la madre o el encargado debe estimular al bebé mediante tresgolpes en el talón o un estímulo fuerte en el esternón.

Cuando se le realizó la valoración física, se determinó que la niña poseía valores adecuados en su peso, talla y circunferencia cefálica. Se le recomendó cambiar de posición a su hija (izquierda, derecha) al momento de dormir, ya que presentaba plagiocefalia posicional. También, se le enseñó a la madre la manera correcta de realizar ejercicios de estimulación en miembros superiores e inferiores de su hija. Finalmente, se le pidió a la madre que realizara la lactancia de su hija para evaluar la misma. Es en este momento que la enfermera determinó que había un problema de acople, específicamente en el agarre boca-pecho, en este caso, la niña colocaba su boca sólo en el pezón, provocando ardor en la zona, acompañado de indicios de candida en el pecho. Se le recomendó el uso de un antimicótico (Daktarin) y paños de manzanilla a temperatura ambiente. Sumado a esto, se recomendó que durante la lactancia se vacíe un pecho antes de ofrecerle al bebé el otro. Otra recomendación fue evitar mezclar la leche junto con el hierro, pues la leche disminuye su absorción. Por otro lado, en el caso de las vitaminas, estas pueden ser administradas junto con la leche materna.

Observación 2

Fecha: 8 de mayo del 2019

Duración de cada toma e intervalos entre cada una

(✓)

Estimulación temprana en el niño y la niña

Amamantamiento: posiciones, técnica (vasito), agarre, acople, reflejo de búsqueda, succión, deglución, absorción (verificar la buena absorción mediante la vigilancia de la micción y defecación del bebé) (✓)

Prevención y abordaje de las complicaciones que pueden surgir en la lactancia materna (dolor, eritema, enrojecimiento, candida, congestión mamaria) (✓)

Leche materna e interacciones

Hora: 10:15 a.m.

La madre era una mujer de 26 años, proveniente de La Carpio que se desempeña como ama de casa, además, su hijo tenía 2 meses días de nacido. Al ingresar a la consulta, se pudo visualizar que el niño estaba vestido con elementos innecesarios como guantes en las manos y gorro, por lo que la profesional le recomendó eliminar su uso. Ya que en el caso de los guantes, estos impiden que perciban estímulos táctiles, se reconozcan a sí mismos y disminuir su ansiedad. En lo que respecta al uso de gorros, no son efectivos para mantener la termorregulación y pueden generar presión en la zona. La enfermera le indicó que la mejor medida para mantener la temperatura adecuada del bebé es el contacto piel con piel (Programa Canguro).

Durante la observación, la madre consulta sobre la frecuencia correcta de la lactancia. De igual forma, la obstetra le comunica que debe ser cada 2-3 horas y que debe cerciorarse de que el niño realice succión, que trague y que respire. Para corroborar la alimentación e hidratación adecuadas, debe realizarse la prueba de humedad, que consiste en que el niño utilice mínimo 5 cambios de pañal y el aumento diario de 20-30g de peso.

Mientras se realizaba la evaluación del proceso de amamantamiento, la madre refiere ardor en los pezones y dureza al tacto en un pecho, lo que sugiere congestión mamaria e inicios de mastitis. Para resolver estas complicaciones, la enfermera le comenta que debe masajearse el pecho a medida que el lactante succiona el mismo y realizar masajes orofaciales para estimular la succión efectiva. Se observó que el bebé tenía signos de candida oral, por lo que se le indicó el uso de Daktarin y paños de manzanilla fría como medidas de tratamiento.

Observación 3

Fecha: 8 de mayo del 2019

Hora: 10:30 a.m.

La madre era una mujer de 27 años, proveniente de La Uruca (Peregrina) que se desempeña como ama de casa y esteticista, además, su hija tenía 28 días de nacida. Antes de ingresar a la Clínica de Lactancia, la madre ofreció a su hija

Cuidados del recién nacido (termorregulación)(✓)

el pecho y se observó un buen acople boca-pecho, en donde se visualizó una boca abierta que abarcaba la areola de la madre, los labios inferiores evertidos, el mentón tocando el pecho, las mejillas redondeadas, mamadas lentas y profundas, con pausas y se pudo escuchar una correcta deglución. La madre se percibía tranquila y segura con el proceso de lactancia, aunque indicó que siempre era necesario la colaboración de profesionales expertos en el tema, porque en cada experiencia pueden surgir nuevos retos.

Es importante mencionar que la madre asistió a consulta sin una cita previa, sin embargo, comentó que hace un par de años consultó con la profesional en enfermería al nacimiento de su hijo mayor, que la acompañaba en esa ocasión. Durante la observación, una de las consultas que la madre tenía fue con respecto a la aparición de un flujo vaginal en la zona genital de su hija, además, del crecimiento de las glándulas mamarias (esto último, como había ocurrido con su hijo). La enfermera, le comenta, que es un proceso normal y pasajero en esta etapa de crecimiento y desarrollo en los niños o las niñas, ya que se transmiten las hormonas maternas por medio de la leche. Otra de las consultas estaba vinculada con la aparición de “varias bolitas blancas en la lengua” según palabras de la madre, lo que indicaba una posible presencia de candida. Para prevenir tal complicación, se le indicó el uso de Daktarin y leche materna en la mama.

Al momento del amamantamiento, se pudo visualizar que la madre tenía un pezón pequeño, sin embargo, esto no dificulta el proceso en absoluto, inclusive la profesional, explica que en la areola existen los tubérculos de Montgomery que excretan una sustancia que lubrica la misma, evita que se formen microorganismos y facilita el proceso. Además, de secretar pequeñas cantidades de leche y expeler un olor que permite que el niño o la niña active el reflejo de búsqueda.

Observación 4

Fecha: 10 de mayo del 2019

Hora: 10:00 a.m.

La madre era una mujer de 21 años, estudiante universitaria

Soporte profesional durante la lactancia materna (✓)

de contabilidad, proveniente de Alajuela, cabe destacar que su bebé era un niño de 1 mes y 5 días. Cuando se conversó con ella, se pudo percibir un nivel alto de estrés y enojo, ya que en los centros de atención correspondientes a su lugar de residencia había recibido una atención inadecuada por parte de los profesionales, esto le generaba una desconfianza en el nivel de profesionalismo de los mismos. Inclusive, ella atribuía a estas personas las complicaciones asociadas a la lactancia (mastitis), esto sumado a que era su primera experiencia con la lactancia, el mal trato que recibió y el abordaje que le brindaron, fueron factores influyentes en el agravamiento de su condición de salud.

Algunas de las conductas que confirmaron su molestia y estrés fueron: las expresiones faciales, el tono de la voz, movimientos repetitivos de la cabeza, manos y piernas y la manera en la que sostenía y mecía a su bebé, con movimientos bruscos y colocándolo en una posición horizontal, sin apoyar su cabeza y cuello de manera adecuada. En ciertas ocasiones, refería que no contaba con suficientes redes de apoyo y que no las consideraba necesarias. Una expresión que permite asegurar lo anterior es: “es más importante que uno sepa, porque uno es el que va a estar en eso solo”.

También, durante la observación se pudo determinar que existía un nivel de preocupación respecto a la estética de los pechos y su relación con la lactancia, ya que consideraba que “se le iban a caer”.

Observación 5

Fecha: 10 de mayo del 2019

Hora: 10:30 a.m.

La madre era una joven de 15 años, estudiante de secundaria, además, su hija tenía 1 mes y 25 días de nacida. En la sala de espera esta joven estaba acompañada de su madre y ambas comentaron que desconocían el proceso de extracción, almacenamiento y conservación de la leche, además del uso del chupón o vasito durante la alimentación. A pesar de esto, se mostraban muy interesadas en aprender cómo se realizaba, ya que la adolescente no deseaba perder clases. En sus rostros se notaba cierta incertidumbre y ansiedad, debido a esto, y además, de que era su primera

Proceso de extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna

cita en la Clínica de Lactancia Materna. En adición, se pudo observar que la joven y su hija tenía un vínculo cercano, ya que la forma de cargarla y amamantarla transmite seguridad en sí misma y cariño.

En esta ocasión no fue posible para las investigadoras ingresar a la consulta para realizar la observación en ese espacio. Sin embargo, al salir las usuarias se mostraban más tranquilas y comentaron que les brindaron un extractor eléctrico de leche para utilizar en casa.

Durante la conversación con ambas, se pudo percibir que en repetidas ocasiones la madre quería responder, sin darle espacio, a su hija, para que contestara. Por esta razón, las investigadoras en determinados momentos debían redirigir la conversación para que la adolescente participara.

Gracias a la apertura que mostraron ambas participantes, se pudo conocer su historia y experiencias previas. Con relación a esto, la madre de la joven compartió su vivencia con el proceso de lactancia, de esta manera, las investigadoras pudieron descubrir que a los 13 años tuvo su primer hijo y no contó con redes de apoyo de calidad. El contacto físico y las muestras de afecto no eran tan frecuentes entre los miembros de la familia. Inclusive su madre le transmitió tabúes, sentimientos de vergüenza y actitudes negativas hacia la lactancia. Es por esto que la lactancia materna no fue prolongada y, rápidamente, incorporó a la dieta de sus hijos alimentos varios como lo son: caldos de frijol, puré de verduras, arroz, agua, frescos naturales, leche de vaca, entre otros. A pesar de estos hechos, la madre de la joven consideraba que la lactancia materna exclusiva es trascendental para el correcto desarrollo de su nieta, por lo que se mostraba anuente a la nueva y más actualizada información que recibió y deseaba ser un apoyo constante en la vida de su hija y su maternidad.

Por otro lado, se identificó que el padre de la recién nacida era compañero de secundaria de la joven y que estaba ejerciendo una paternidad activa en la crianza de su hija, recibiendo también apoyo de sus padres.

Observación 6

Fecha: 14 de mayo del 2019

Hora: 10:30 a.m.

**Alimentación
recomendada del niño y la
niña en las diferentes
etapas (ablactación)(✓)**

La madre era una mujer de 23 años, proveniente de Los Lagos (Heredia) que se desempeña como promotora en Palí, además, su hijo tenía 16 días de nacido. En el momento de pesar al niño en la consulta, se determinó que debido a los antecedentes del niño (bebé macrosómico, con un peso mayor de 3800 gramos) era importante darle seguimiento al proceso de lactancia materna. Además, de que la ganancia de peso durante el embarazo podía ser un factor que influía en el peso del bebé y los antecedentes familiares podrían sugerir obesidad en el futuro.

En lo referente a la madre, ella tenía dudas con respecto a la cantidad adecuada de leche materna que debía consumir su bebé para satisfacer sus necesidades alimentarias. La enfermera le indicó que el tamaño del estómago de los bebés con macrosomía, era el mismo que el de un bebé sin esta particularidad, por lo que este debía ingerir las mismas proporciones. Ligado a esto, le comentó a la madre que la lactancia materna es un aprendizaje constante, y que eran válidas todas y cada una de las preguntas que realizara.

Observación 7

Fecha: 17 de mayo del 2019

Hora: 11:30 a.m.

La madre era una mujer de 29 años, proveniente de Salitrillos (San José), que se desempeña como estilista, además, su hijo tenía 5 días de nacido y venía acompañada de su hija de 8 años de edad.

Al llegar a la sala de espera, la madre se mostraba inquieta, ansiosa y manifestaba preocupación porque refería que no percibía que la cantidad de leche materna que le brindaba fuera suficiente. Una expresión relacionada a esto fue: “llora cuando quiere y yo quiero darle y no puedo”. Mientras estuvo en la sala de espera, la madre dio de mamar a su hijo, por lo que se facilitó la observación del proceso por parte de las investigadoras. Se determinó que la madre estaba tensa, sosteniendo al bebé nerviosamente, se inclinaba sobre él y el cuerpo del bebé estaba torcido. Por otro lado, se observó que la madre presentaba fisuras y resequedad alrededor del pezón, manifestaba que la práctica era dolorosa e incómoda,

sobre todo al inicio. Al momento del acople, la boca del bebé no estaba completamente abierta, el labio inferior estaba invertido, el bebé colocaba su boca exclusivamente en el pezón de su madre, el mentón no tocaba el pecho, era posible escuchar chasquidos por parte del bebé.

Se pudo detectar que su principal fuente de apoyo era su esposo, quien estuvo presente en el momento del parto, brindándole palabras de apoyo. La madre comentó que una práctica usual para ambos era la realización de colecho por al menos dos horas. Durante el día explica que el bebé parece más activo, que le brinda lactancia materna cada hora o menos y en la noche le da cada hora, ya que existe preocupación debido al posible agravamiento de la ictericia. A pesar de esto, el bebé micciona regularmente y defeca de 3-4 veces al día. Otra medida que practican usualmente es el lavado de manos al manipular al bebé.

Anexo 5. Tablas de resultados de los conversatorios con las madres

Tabla 2.

Temas de Lactancia Materna sugeridos por madres, padres y acompañantes para ser incluidos en un material educativo

| Respuesta | Número de veces registrada | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------|
| | Curso de preparación para el parto | Sala de espera de Ultrasonido | Clínica de Lactancia Materna | Total |
| Amamantamiento: posiciones, técnica, agarre (técnicas para mejorar agarre, jeringa, vasito, beberito, etc), acople, succión, deglución, absorción (verificar la buena absorción mediante la vigilancia de la micción y defecación del bebé), formas de evitar el cese en la producción de leche materna, abordaje del rechazo al pecho materno | 10 | 6 | 9 | 25 |

| | | | | |
|--|---|---|---|----|
| Alimentación recomendada del niño y la niña en las diferentes etapas (ablactación, talla y peso) | 7 | 5 | 7 | 19 |
| Proceso de extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna (masaje para extracción, uso de sacaleches) | 5 | 7 | 7 | 19 |
| Cuidados del recién nacido (cómo manipular al recién nacido, cómo prevenir y atender cólicos, pañales, baño, higiene bucal, hambre, dolor, sueño, llanto, higiene de mano y ambiente para bebé y su familia) | 6 | 4 | 6 | 16 |
| Prevención y abordaje de las complicaciones que pueden surgir en la lactancia materna (mastitis, pezones con grietas, ictericia, depresión, dolor, eritema, enrojecimiento, hipoglicemia, congestión por sobreproducción) | 6 | 2 | 8 | 16 |
| Duración de cada toma e intervalos entre cada una | 2 | 5 | 9 | 16 |
| Beneficios de la lactancia materna | 4 | 5 | 3 | 12 |
| Alimentación recomendada en la madre durante el embarazo y el proceso de lactancia materna (hidratación, alimentos que aumentan y disminuyen producción de la leche, alimentos restringidos, lista de medicamentos compatibles con la LM-antibiótico-) | 5 | 3 | 4 | 12 |
| Anatomía materna y proceso fisiológico de la lactancia materna (de dónde viene leche, diferentes tipos de pezones y mamas para la lactancia materna, bajada de leche, caída de tejido mamario, cambios estéticos, etc) | - | 6 | 6 | 12 |
| Mitos y verdades sobre la lactancia | 8 | 1 | 2 | 11 |

| | | | | |
|---|---|---|---|----|
| materna (¿la lactancia materna debe doler o arder?, intolerancia a la leche materna, puede olvidar el pecho con otras técnicas, alimentos que pueden hacer que la leche sea de mejor calidad) | | | | |
| Colecho, contacto piel con piel, vínculos afectivos (apego) e higiene del sueño del bebé (como despertarlos) | 2 | 5 | 4 | 11 |
| Soporte profesional durante la lactancia materna (líneas de ayuda, bancos de leche y clínicas de lactancia materna, ¿cuándo buscar ayuda profesional?) | 6 | 2 | 2 | 10 |
| Cuidados pre y pos parto de la lactancia (uso pezoneras, cremas, cuidados de las mamas, del pezón y pecho?¿) | 9 | - | - | 9 |
| Lactancia especial (paladar hendido, síndrome de down, prematuros, bajo peso, mujeres sobrevivientes de cáncer de mama (radioterapia), y lactancia materna en adolescentes) | 4 | - | 3 | 7 |
| Tiempo que debe durar la lactancia materna exclusiva/prolongada | 2 | 2 | 2 | 6 |
| Manejo de la lactancia materna cuando se regresa al trabajo (lactarios: ¿cómo funcionan?, legislación laboral) | 3 | 2 | - | 5 |
| Tipos de leche materna (calostro en el embarazo) | 2 | 2 | 1 | 5 |
| Uso de sucedáneos de la leche (alergias) | 1 | 2 | 1 | 4 |
| Estimulación temprana en el niño y la niña | 2 | - | 2 | 4 |
| Preparación de las mamas para la lactancia materna (mito?) | 1 | 2 | - | 3 |
| Tamaño del estómago de los y las bebés | 1 | 2 | 3 | 3 |

según edad (es la lactancia materna suficiente?)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Uso del biberón y chupetas en la lactancia materna exclusiva (consecuencia) | 1 | - | 1 | 2 |
| Elementos generales del puerperio | 1 | - | - | 2 |

Nota: elaboración propia con datos recolectados en la Sala de espera Ultrasonido del Hospital México y en los cursos de preparación para el parto realizados en el Hospital México y Calle Blancos (2019).

Datos de Sala Ultrasonido, Clínica de Lactancia, Calle Blancos, tabulados.

Tabla 3

Etapa del período de gestación en el cual las madres, padres y acompañantes consideran más conveniente recibir un material educativo sobre Lactancia Materna

| Respuesta | Número de veces registrada | | | Total |
|---|---|-------------------------------|--|-------|
| | Curso de preparación para el parto en Calle Blancos | Sala de espera de Ultrasonido | Clínica de Lactancia del Hospital México | |
| Durante el embarazo (acercándose a la fecha probable de parto, en las charlas de preparación para el parto) | 3 | 6 | 9 | 18 |
| Desde el inicio del embarazo (período prenatal) | 1 | 2 | 2 | 5 |
| En el periodo postparto | 1 | 1 | 1 | 3 |

Nota: elaboración propia con datos recolectados en la Sala de espera Ultrasonido y Clínica de Lactancia del Hospital México, así como en el curso de preparación para el parto realizado en Calle Blancos (2019).

Tabla 4

Técnicas de aprendizaje que las madres, padres y acompañantes consideran más apropiados para construir el material educativo

| Respuesta | Número de veces registrada | | | |
|---|---|-------------------------------|--|-------|
| | Curso de preparación para el parto en Calle Blancos | Sala de espera de Ultrasonido | Clínica de Lactancia Materna del Hospital México | Total |
| Visual (manual, información ilustrada, videos cortos, imágenes, presentaciones en powerpoint, collages, lecturas, imágenes, televisión) | 5 | 5 | 7 | 17 |
| Kinestésico (simuladores o bebé propio) | 8 | 3 | 3 | 14 |
| Auditivo (charlas, explicaciones interesantes, citas) | - | 3 | 4 | 7 |

Nota: elaboración propia con datos recolectados en la Sala de espera Ultrasonido y Clínica de Lactancia del Hospital México, así como en el curso de preparación para el parto realizado en Calle Blancos (2019).

Tabla 5

Sugerencias de formato y diseño para el material educativo, aportados por las madres, padres y acompañantes

| Respuesta | Número de veces registrada | | | |
|--|---|-------------------------------|--|-------|
| | Curso de preparación para el parto en Calle Blancos | Sala de espera de Ultrasonido | Clínica de Lactancia Materna del Hospital México | Total |
| Conciso y claro (poco texto, menos técnico, más coloquial, sencillo, breve, directo) | 4 | 4 | 8 | 16 |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|----|
| Con más imágenes (reales) | 1 | 6 | 9 | 16 |
| Llamativo (colores) | 2 | 2 | 3 | 7 |
| Pocos colores | - | 2 | - | 2 |
| Con ejemplos y casos de la vida real | 1 | - | - | 1 |
| Braille | - | - | 1 | 1 |
| Datos curiosos | - | - | 1 | 1 |

Nota: elaboración propia con datos recolectados en la Sala de espera Ultrasonido y Clínica de Lactancia del Hospital México, así como en el curso de preparación para el parto realizado en Calle Blancos (2019).

Tabla 6

Sugerencias de las madres, padres y acompañantes sobre la forma en la que les parece más conveniente recibir el material educativo

| Respuesta | Número de veces registrada | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-------|
| | Curso de preparación para el parto en Calle Blancos | Sala de espera de ultrasonidos | Clínica de Lactancia Materna en el Hospital México | Total |
| Material físico (libro, emplastado, manual) | 1 | 5 | 3 | 9 |
| Aplicación para celular (añadir chat, de la mano con la consulta profesional) | 4 | 1 | 4 | 9 |
| Videos e imágenes | 1 | 1 | 5 | 7 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Material digital (PDF, llave maya) | 1 | 1 | 4 | 6 |
| Chat, mensajes de texto, correo electrónico | 2 | - | - | 2 |
| Página web | - | - | 1 | 1 |
| Charlas | - | - | 1 | 1 |

Nota: elaboración propia con datos recolectados en la Sala de espera Ultrasonido y Clínica de Lactancia del Hospital México, así como en el curso de preparación para el parto realizado en Calle Blancos (2019).

Entrevistas a expertos

Tabla 7
Técnicas de aprendizaje más adecuadas para madres, padres y encargados en temas de Lactancia Materna, sugeridas por los expertos

| Respuesta | Número de veces registrada | | | |
|--|----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Experto 1 | Experto 2 | Experto 3 | Experto 4 |
| Visual (redes sociales, material escrito, imágenes gráficas, observación en el ámbito familiar: señales) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Kinestésico (práctica) | | ✓ | | |

Fuente: elaboración propia con datos recolectados mediante entrevista presencial y vía electrónica, 2019.

Tabla 8
Estrategias de enseñanza- aprendizaje más novedosas que pueden implementarse en temas de Lactancia Materna, sugeridas por expertos

| Respuesta | Número de veces registrada | | | |
|------------------------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Experto 1 | Experto 2 | Experto 3 | Experto 4 |
| Redes sociales (Youtube, Facebook) | ✓ | ✓ | | ✓ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Grupos de apoyo: madres y madres | | ✓ | ✓ |
| Incluirlo en la educación primaria | ✓ | | |
| Manual digital (escrito) | | ✓ | |
| Asistencia a las consultas de lactancia materna | | | ✓ |

Fuente: elaboración propia con datos recolectados mediante entrevista presencial y vía electrónica, 2019.

Tabla 9
Temas de Lactancia Materna sugeridos por expertos y expertas para la construcción de un manual educativo

| Respuesta | Número de veces registrada | | | |
|---|----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Experto 1 | Experto 2 | Experto 3 | Experto 4 |
| Amamantamiento (posiciones, técnica, agarre, acople, succión) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Beneficios de la lactancia materna (riesgos de no amamantar, hasta 1 o 2 años de edad, biodisponibilidad, por qué es importante amamantar) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Prevención y abordaje de las complicaciones que pueden surgir en la lactancia materna (bajo peso, posiciones para amamantar, pezones agrietados, mamas congestionadas o con dolor, mastitis, pezones cortos o invertidos, aprender a identificar ictericia) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Proceso fisiológico de la lactancia materna (mecanismo) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| de producción, bajada tardía de la leche materna, evolución “natural” de la lactancia, por qué se produce la leche, factores que aumentan su producción) | | | | |
| Tipos de leche materna (qué es la leche humana, composición y valor nutritivo e inmunológico de la leche materna) | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Tamaño del estómago de los y las bebés según edad (cómo saber si recibe suficiente leche, número de micciones y deposiciones) | ✓ | | | ✓ |
| Proceso de extracción y almacenamiento de la leche materna | ✓ | | ✓ | |
| Mitos y verdades sobre la lactancia materna (uso de pezoneras) | | ✓ | | |
| Colecho | ✓ | | | |
| Duración de cada toma e intervalos entre cada una | ✓ | | | |
| Lactancia materna y trabajo | ✓ | | | |
| Soporte profesional durante la lactancia materna (información sobre clínicas de lactancia materna y bancos de leche) | | | | ✓ |
| Lactancia en situaciones especiales | ✓ | | | |
| Uso del biberón en la lactancia materna exclusiva (consecuencia) y chupeta | | ✓ | | |

| | | |
|--|---|---|
| Compatibilidad con medicamentos y productos alternativos | ✓ | |
| Relactación | ✓ | |
| ¿Cómo suplementar al bebé? | | ✓ |
| Comunicación empática | ✓ | |

Fuente: elaboración propia con datos recolectados mediante entrevista presencial y vía electrónica, 2019

Tabla 10

Periodo en el cual recibir el material, técnicas de aprendizaje, sugerencias de formato y alternativas para recibir el manual educativo

Curso de preparación para el parto Hospital México

¿En qué momento de su periodo de gestación le parece más conveniente contar con dicho material educativo, durante el periodo pre y posnatal?

- Al nacimiento del niño y la niña.
- En la consulta prenatal.
- En los colegios.
- En los EBAIS y en la clínicas de lactancia materna.

¿Mediante qué tipos de técnicas considera usted que aprendería mejor acerca de estos temas?

- Haciendo (práctica).
- Viendo (videos).

¿Cómo debería ser este material educativo (colores, imágenes, dibujos, tipo de letra, etc)?

- Más ilustraciones.
- Llamativo, colorido.
- Links interactivos.
- Menos texto.
- Manual sencillo y pequeño

¿Cómo le gustaría obtener este material educativo (digital, en físico, mediante una aplicación para celular, videos, página web, etc)?

- Plataforma virtual.
- Seminarios (en diferentes periodos del año).
- Aplicaciones gratuitas (por temas).
- En físico (manual, guía) y digital.
- Chat de consultas (respuesta inmediata).
- Redes sociales por celular, videos, links interactivos.
- Talleres (tomar en cuenta las diferentes capacidades de lenguaje, motoras y visuales, líneas directas de ayuda).

Nota: elaboración propia con datos recolectados en el curso de preparación para el parto, impartido en el Hospital México (2019).

Anexo 6. Tabla distribución de clínicas de lactancia materna en el país

Maternidades con clínicas de lactancia materna y desarrollo

| NIVEL REGIÓN | O | HOSPITAL | Maternidades con Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo funcionando |
|------------------------------|----------|--------------------------------------|--|
| Hospitales Nacionales | 1. | De las Mujeres Adolfo Carit | √ |
| | 2. | Calderón Guardia | √ |
| | 3. | San Juan de Dios | √ |
| | 4. | México | √ |
| Central Norte | 7. | Grecia: San Francisco de Asís | √ |
| | 8. | Heredia: San Vicente de Paúl | √ |
| | 9. | Alajuela: San Rafael | √ |
| | 10. | San Ramón: Carlos Luis Valverde Vega | √ |
| Central Sur | 11. | Cartago: Max Peralta Jiménez | √ |
| | 12. | Turrialba: William Allen | √ |
| Huetar Norte | 13. | San Carlos | √ |

| | | |
|-------------------------|--------------------------------------|---|
| | 14.Los Chiles | √ |
| Huetar Atlántica | 15.Limón: Tony Facio Castro | √ |
| | 16.Guápiles | √ |
| Región Brunca | 17.San Vito | √ |
| | 18.Ciudad Neilly | √ |
| | 19.Pérez Zeledón: Escalante Pradilla | √ |
| | 20.Osa, Tomás Casas Casajús | √ |
| | 21.Manuel Mora Valverde, Golfito | √ |
| Pacífico Central | 22.Puntarenas: Monseñor Sanabria | √ |
| | 23.Quepos: Max Terán Valls | √ |
| Chorotega | 24.Liberia: Enrique Baltodano | √ |
| | 25.Upala | - |
| | 26.Nicoya: La Anexión | √ |

Anexo 7. Otros documentos importantes

18 de abril de 2018
EE-745-2018

Natalia Chacón Galarza
Ana Marcela Rodríguez Rodríguez
Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

Estimadas estudiantes:

Por este medio se les informa que en sesión 233-2018 de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, se revisó el tema **“Propuesta de enfermería sobre el diseño de un Manual de lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, durante 2018”**. Comité asesor: Ernestina Aguirre Vidaurre, Directora, Shirley Vargas Chaves y Rocío Barrientos Monge, Lectoras.

ACUERDO FIRME: *Se aprueba el tema “Creación de un manual educativo sobre lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, durante 2018”. Sin embargo, no se aprueban los objetivos.*

Quedamos en la entera disposición de colaborar ante cualquier consulta.

Atentamente,



Dr. Derby Muñoz Rojas, PhD, MSc, Lic
Coordinador
Comisión de Trabajos Finales de Graduación



DrM/Npa



10 de mayo del 2018

EE-933-18



Dra. Silvia Beirute Bonilla
Directora
Hospital Mexico
CCSS

Estimada señora:

Le saludo muy cordialmente, y a su vez le solicito autorización para que dos estudiantes realicen su Trabajo Final de Graduación para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Costa Rica.

Las postulantes son:

| Nombre | Carnet |
|---------------------------------|--------|
| Natalia Chacón Galarza | B21732 |
| Ana Marcela Rodríguez Rodríguez | B25723 |

El proyecto lleva por nombre: "Manual de Lactancia Materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, durante 2018".

Objetivo General

Elaborar un manual de Lactancia Materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, durante 2018.

Objetivos Específicos

1. Identificar las necesidades del tema de lactancia materna que poseen las madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México
2. Identificar los insumos y recursos necesarios para elaborar un manual de Lactancia Materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México
3. Diseñar un manual de Lactancia Materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, durante 2018.
4. Diseñar un instrumento de evaluación para evaluar la puesta en marcha del manual de Lactancia Materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna

EE-194-18
Pagina 2

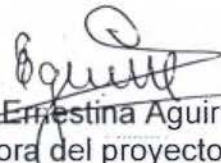
Esta investigación surge a partir del reto que enfrentan los y las enfermeros y enfermeras todos los días en la consulta de lactancia materna, sea en la clínica o en el servicio de "maternidad", con respecto a la asistencia, consejería, educación, cuidados y acompañamiento que deben brindar a las familias en proceso de lactancia, que implica el embarazo y los cambios en relación a la preparación para la lactancia y las situaciones asociadas que ocurren después del parto. Pues existen aún muchos mitos y creencias que deben ser aclaradas, para que esto ayude a las mujeres (y sus familias) a tomar decisiones informadas sobre la lactancia.

Cabe mencionar que las estudiantes cuentan con el apoyo del comité asesor, quienes los guiara en todo momento, si tiene alguna duda o inquietud puede comunicarse al 2511-2094 o a mi persona al 8311-3780.

Les agradezco de antemano su fina colaboración para poder desarrollar esta investigación.

Sin más por el momento y agradeciendo la colaboración, me despido,

Atentamente,


M.Sc. Ernestina Aguirre Vidaurre
Directora del proyecto
Teléfono : 83113780
Correo: ernesagui@hotmail.com



AMPS

C. Archivo



8 de Febrero de 2019

MSc. Ernestina Aguirre Vidaurre

Directora de Proyecto

Trabajo Final de Graduación

Estimada señora:

Reciba un afectuoso saludo de nuestra parte.

En atención a su oficio EE-933-18 del 10 de Mayo de 2018, donde se solicita la autorización para que las estudiantes Natalia Chacón Galarza y Ana Marcela Rodríguez Rodríguez, realicen Trabajo Final de Graduación, la Dirección de Enfermería, le comunica que tienen el visto bueno para proceder con la realización del mismo. Para tal efecto, se les solicita coordinar con la Dra. Marcela Zarate, enfermera de la Clínica de Lactancia Materna.

Les deseamos éxitos en el desarrollo de este proyecto, mismo que no dudamos será un aporte importante para nosotros.

Atentamente

JUAN MIGUEL
ROJAS ARIAS
(AUTENTICACION)

Digitally signed by
JUAN MIGUEL
ROJAS ARIAS
(AUTENTICACION)
Date: 2019.02.08
07:24:10 -0600

Dr. Juan Miguel Rojas Arias

Subdirector de Educación de Enfermería

Hospital México

c.c archivo.



21 de marzo 2019
EE-553-2019

Natalia Chacón Galarza
Ana Marcela Rodríguez Rodríguez
Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

Estimadas estudiantes:


Por este medio se le informa que en sesión 252-2019 de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, se revisó su anteproyecto: "Creación de un manual educativo sobre lactancia materna dirigido a madres, padres y encargados que asisten a la Clínica de Lactancia Materna del Hospital México, 2019".

OBSERVACIONES:

1. profundizar en la relevancia disciplinar, 2. Sugiere incluir un cierre en la sección de antecedentes, 3. Revisar en el esquema causa-efecto ya que parecieran ser opiniones con poca evidencia, 4, revisar el cuarto instrumento ya que parece ser más pertinente una validación del manual y no la creación de un instrumento para la evaluación del mismo, 5. En la metodología deben remover toda alusión a investigación, ya que esto hace pensar que el trabajo es una tesis (e.g., la alusión a investigación acción en la página 16), por lo que se sugiere adherirse a la metodología de proyecto, tal y como lo tienen en la página 19.

ACUERDO FIRME: SE APRUEBA con sugerencias que deben ser revisadas nuevamente por la comisión.

Atentamente,


Dr. Derby Muñoz Rojas, PhD, MSc, Lic
Coordinador
Comisión de Trabajos Finales de Graduación



Drm/Npa

