

GARCIA FIGUEROA NEYDA RUBIELA

23/06/2020

Mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años

Dedicatoria

A Dios, a mis padres, que me han dado la existencia y en ella la capacidad por superarme y desear lo mejor en cada paso de este camino tan difícil y arduo de la vida, a mis hermanos porque cada uno de ustedes ha motivado mis sueños y han ayudado a construir y forjar la persona que ahora soy.

A mi asesora por su enseñanza, apoyo y paciencia para concluir este trabajo de investigación.

LORENA.

Dedicatoria

A Dios

Por darme la vida y guiarme por el sendero del bien iluminando siempre mi camino.

A mi madre

Sabiendo que no existirá una forma de agradecer toda una vida de sacrificio y esfuerzo, quiero que sientas que el objetivo logrado también es suyo y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su gran apoyo. Con todo mi cariño gracias.

NEYDA

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1.-DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1.-2.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
1.3.2.-OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
1.3.1.-OBJETIVO GENERAL.....	22
1.3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
1.4.-HIPÓTESIS	23
1.5 JUSTIFICACIÓN.....	23
1.6 DELIMITACIÓN TEMÁTICA.....	24
CAPÍTULO II	25
MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN	25
2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO-FILOSÓFICO.....	25
2.1.1.-ANTECEDENTES DE LA LACTANCIA MATERNA.....	25
2.1.2.-HÁBITOS DE LAS MUJERES PARA INCREMENTAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE	29
ALIMENTOS QUE HAY QUE EVITAR O REDUCIR DURANTE LA LACTANCIA	29
ALIMENTOS PARA AUMENTAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE	30
1. HARINA DE AVENA	30
2. AJO	30
3. ZANAHORIAS Y BETABEL	30
4. HINOJO	31
5. FRUTOS SECOS	31
6. JENGIBRE	31
7. COMINO	31
8. CANELA	31
EVITE LOS PRODUCTOS PERFUMADOS	36
MANTENGA LA HIGIENE DE LOS PEZONES	37
USE LA ROPA ADECUADA.....	37
¿Y LA PARTE EMOCIONAL?	40
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	46

TESIS: EXPERIENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y LAS RAZONES DE ABANDONO: UNA PERSPECTIVA DESDE LAS MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA.....	47
2.1.2 PRESENTADO POR ELIANA SOFIA VEGA CASTRO TRABAJO DE GRADO ..	47
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	49
CAPITULO III DISEÑO METODOLOGICO	53
CAUSAS DE MITOS Y REALIDADES DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS COL.GUADALUPE GRIJALVA.	53
3.3 POBLACIÓN:.....	56
3.3.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL	56
3.3.1.1 MACROLOCALIZACIÓN	57
3.3.2.-UNIVERSO O POBLACIÓN.....	59
3.4. MUESTRA	59
3.5.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	¡Error!
Marcador no definido.	
3.5.1.-INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA:.....	61
3.5.2.-APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN:	62
3.5.3.-APLICACIÓN DE ENTREVISTAS A EXPERTOS:	62
CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAFIA.....	71

Introducción.

En la actualidad, 1 de cada 5 muertes en el mundo se da en niños menores de 5 años de edad, en quienes las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias y diarreicas, así como las relacionadas con su estado de nutrición. No obstante, cabe señalar que existen factores que pueden prevenir estas causas de morbilidad y mortalidad exitosamente, entre los cuales destacan los hábitos saludables de alimentación y la lactancia materna (LM). Ésta puede prevenir no sólo un gran número de enfermedades crónicas, sino también enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias y diarreicas.

Los beneficios de la Lactancia materna, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples estudios; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses.

Este problema es más evidente al hablar de madres adolescentes, quienes son susceptibles a la influencia social, a su nivel de conocimientos y a la calidad de la atención de los servicios de salud, que resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos. En el estudio realizado por Motil, Kerts y Thotathuchery se reporta que no existen diferencias en la producción de leche entre madres adultas y adolescentes, pero los comportamientos en relación a la lactancia difieren significativamente, donde las últimas presentan una menor frecuencia de amamantamiento durante el día y una tendencia a la introducción temprana de fórmula láctea.

Globalmente, menos de 35% de los niños menores de 6 meses de edad son alimentados únicamente al seno materno, debido a diversos factores que no permiten que la Lactancia materna se lleve a cabo exitosamente. Algunos de ellos son la falta de apoyo a las madres en la casa, en el trabajo y en la comunidad, además de las molestias que esta práctica genera y el miedo de la madre a no tener suficiente leche para el bebé.

Además, la lactancia materna no es un comportamiento totalmente instintivo; existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que pierde relevancia con el paso de los años, al igual que la cultura del amamantamiento, cediendo el paso a una continua promoción a la alimentación con biberón y el uso de fórmulas infantiles, lo que impacta esta práctica.

Por ello, instituciones como el Fondo Nacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven diversas acciones para fomentar el apoyo y la orientación a las madres, con el fin de asegurar la lactancia materna por los primeros 6 meses de vida y prevenir enfermedades y muertes en los menores de 5 años de edad.

Estudios diversos muestran diferentes tipos de intervenciones con resultados favorables en la práctica de la lactancia materna, donde las intervenciones educativas tempranas pueden incrementar la posibilidad de iniciar la alimentación al seno materno y continuarla de manera exclusiva. Por su parte, la mercadotecnia social en salud (MSS) permite, además de incrementar la conciencia sobre el tema, conocer a la audiencia, identificando los motivadores para realizar el comportamiento a promover, generando acciones específicas.

Por esta razón, para este proyecto terminal profesional se abordó el tema de la lactancia materna como factor clave en la prevención de enfermedades, tanto en la madre como en el recién nacido, proponiendo una campaña que promueve su práctica exclusiva por 6 meses, con el uso de la MSS, un componente educativo y el reforzamiento de la red de apoyo. Para el desarrollo del proyecto fue esencial:

- a) Identificar intervenciones de mercadotecnia social en salud exitosas para promover la lactancia materna
- b) Caracterizar el comportamiento de las adolescentes, identificando la mejor forma de acercarse a ellas
- c) Identificar los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de las adolescentes embarazadas sobre la lactancia materna, para enfocar adecuadamente la

intervención, motivadores, necesidades, tono de los mensajes y medios de comunicación

d) Conocer los beneficios de la lactancia materna, sus barreras y determinantes, así como las percepciones de las adolescentes en relación con esta materia

e) Determinar la factibilidad de la intervención. La medición de la capacidad de respuesta para conocer y determinar con qué servicios y recursos humanos se cuenta, así como la disponibilidad y acceso a los servicios de salud otorgados en Santo Tomás Ajusco.

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

La lactancia materna es a la vez un acto natural y un comportamiento que se aprende. Abundantes investigaciones demuestran que las madres u otras cuidadoras necesitan un apoyo activo para instaurar y mantener un amamantamiento adecuado. En 1992, la OMS y el UNICEF pusieron en marcha la Iniciativa «Hospitales amigos del niño» con la idea de favorecer la lactancia natural ayudando a las mujeres a ejercer el tipo de maternidad que lo propicia. Esta iniciativa está contribuyendo a que la lactancia natural exclusiva gane terreno en todo el mundo. Combinada con medidas de apoyo en todos los

eslabones del sistema de salud, puede ayudar a las madres a mantener este modo de alimentación.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.-Descripción del problema

1.2.-Formulación del problema

11 1.3.-Objetivo general y específicos

12 1.3.1.-Objetivo general

13 1.3.2.-Objetivos específicos

14 1.4.-Hipótesis

15 1.5.-Justificación

16 1.6.-Delimitación

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.-DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

(Hurtado, 1983) Informa:

En nuestro país, la atención médica que el gobierno garantiza a la población en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, posee como instrumento esencial la Ley General de Salud. La cual, en su artículo III, párrafo IV “la atención materno-infantil” y IV Bis hablan sobre el “Programa de nutrición materna infantil en los pueblos y comunidades indígenas”, rigen todas las prácticas del personal de salud, de las madres de familia y de las instituciones al servicio de la salud con respecto a la atención materno infantil como materia de salubridad general.

(Rea, 2019) Afirma:

La clasificación de los niveles de atención en salud en nuestro país son las siguientes:

- Primer nivel: o atención primaria es el primer contacto con los pacientes, y consiste en llevar la atención medica lo más cerca posible al paciente, ya sea a su comunidad, a su trabajo o a donde lo requieran.
- Segundo nivel: es una red de hospitales generales que dan atención a la mayoría de los pacientes cuando se requiere hospitalización o atención de urgencias.
- Tercer nivel: aquí se agrupan los hospitales de alta especialidad, donde se atienden problemas de salud que requieren un mayor conocimiento o tecnología específica.

En el primer nivel de atención, una de las principales tareas del personal de enfermería es ejecutar acciones de promoción y educación a la población con

respecto a la prevención primaria, esto con la finalidad de promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida, ya que mediante esto se fortalece el sistema inmunitario y se reduce el riesgo de enfermedades del recién nacido y los protege de enfermedades infecciosas y crónicas.

Dicho esto, la presente tesis denominada “mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años en la Col. Guadalupe Grijalva” tiene como objetivo, profundizar en el tema de la promoción de la adecuada orientación individual en la población de madres de familia con niños en edad de 0 a 2 años.

(Kury, 2019) Informa:

Que para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna la Norma Oficial Mexicana NOM-050-SSA2-2018 para el fomento y protección y apoyo a la lactancia materna.

La lactancia materna es la forma ideal de alimentar a lactantes y niños pequeños, ya que aporta los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, otorgar información correcta por el personal de salud y el apoyo de su familia, la comunidad y del sistema de salud, son fundamentales para mejorar esta práctica.

Esta Norma establece los criterios y procedimientos para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna hasta los 2 años de edad, siendo alimento exclusivo durante los primeros seis meses de edad.

(Perez, 2012) Revela:

De acuerdo a La Organización Mundial de la Salud (OMS) la Lactancia Materna es un tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre. La leche justamente es un alimento de característica única que permite que la madre transmita sus mecanismos de defensa al recién nacido.

Para la Guía de Práctica Clínica en Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre lactancia materna es servir como instrumento para mejorar la atención a las mujeres sanas que desean amamantar a sus hijos/as sanos y nacidos a término. La lactancia

materna exclusiva es la alimentación del lactante con leche materna de la madre sin ningún suplemento sólido o líquido.

Los componentes de la leche materna ofrecen al recién nacido una gran protección contra infecciones. Incluso la alimentación al pecho en forma parcial durante el día reduce el riesgo de infección en los bebés prematuros en un cincuenta por ciento.

La leche materna es considerada el mejor alimento para los recién nacidos e infantes la lactancia trae ventajas tanto para la madre y él bebe:

La lactancia materna incluye al proceso de lacto génesis y galactopoyesis que se describe a continuación;

- Lacto génesis; proceso por el cual las glándulas mamarias comienzan a secretar leche. Incluyen los procesos necesarios para transformar las glándulas mamarias inmaduras durante la última fase del embarazo hasta su maduración completa poco después del parto.
- La galactopoyesis: Es la mantención de la producción de leche y ocurre posterior al parto alrededor de los 9 días hasta el principio de la involución de la leche.

La lactancia ocurre con la ayuda de dos hormonas, la prolactina y la oxitocina. La prolactina promueve la producción de leche materna mientras que la oxitocina estimula la secreción de la misma. Cuando él bebe comienza a succionar, se estimula receptores nerviosos que están localizados alrededor de la areola y el pezón. Estas sensaciones táctiles crean impulsos que llegan al cerebro (la oxitocina se produce en el hipotálamo y la hipófisis la secreta) secretando oxitocina que produce la concentración de los conductos mamarios resultando en la eyección de la leche.

La lipasa es una enzima esencial que se encuentra en la leche materna, se ubica en las membranas superficiales de los glóbulos de grasa, la misma atrapa patógenos al enlazarse alejando así a las bacterias de su objetivo.

Además la ingesta de leche humana provee una barrera de protección, promueve la ruptura de la membrana celular de las bacterias, previene la inflamación, y la creación de un ambiente gastrointestinal hostil a causa de la presencia de Lacto Bacillus y Bífido bacteria. Todo esto se atribuye a la ingesta de leche materna por el recién nacido. La leche humana mostró ser efectiva contra bacterias tales como Escherichia coli, Vibrio cholerae, Campylobacter, Shigella, y Giardia lamblia, además de proveer defensa contra rotavirus, cytomegalovirus, virus de la influenza, respiratorio syncytial virus (RSV) y neumococo.

Las proteínas que se encuentra en la leche materna demostraron tener efecto inhibiendo la adhesión de estas bacterias y virus a la pared celular de las células huésped. Por lo tanto un infante que no es amamantado tiene un riesgo aumentado de padecer episodios de gastroenteritis, infecciones respiratorias del tracto superior e inferior, infecciones del tracto urinario, septicemia neonatal, enterocolitis necrotizante, y otitis media aguda. La leche humana contiene células diferenciadas del epitelio y supuestas células madres. La presencia de nestin-positive progenitor en células madres mamarias indica que la leche humana podría ser la única fuente por las cuales las células madres mamarias serian obtenidas.

Cuando por alguna razón, no es posible que el menor reciba lactancia materna, las repercusiones en su salud, a corto plazo son sobre todo:

- Infecciones:

El hecho de no amamantar aumenta en forma significativa el riesgo de enfermedades infecciosas. Por cada mes adicional de lactancia exclusiva un 30.1% de hospitalizaciones a causa de infección podrían haberse prevenido. Un estimado de 53% de hospitalizaciones a causa de diarrea, un 27% a causa de infecciones respiratorias del tracto inferior podrían haberse prevenido cada mes amamantando en forma exclusiva y un 31% y 27% respectivamente por amamantar en forma parcial.

- Síndrome de muerte súbita

El hecho de no amamantar aumenta la probabilidad de que un infante muera a causa del síndrome de muerte súbita. El hecho de haber sido amamantado en el último mes de vida redujo aún más el riesgo, como lo hizo el haber sido parcialmente amamantado. Encontró que el hecho de amamantar fue asociado con un 36% reducción de riesgo comparado con los que no fueron amamantados.

- Mortalidad

La ausencia de lactancia materna incrementa el riesgo de muerte en la infancia.

Tanto en países desarrollados como en los que están en desarrollo, la lactancia materna protege contra muerte post-neonatal. En países desarrollados donde los infantes no son amamantados tienen tasas altas de incidencia en diarrea y enfermedades respiratorias, ambas son la principal causa de muerte en infantes. En general 16% de muertes neonatales pueden ser evitadas si todos los infantes fueran amamantados desde el primer día y 22% si la lactancia materna se diera inicio en la primera hora después del nacimiento. Concluyó que la mortalidad infantil podía ser reducida alrededor de un tercio si la prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro meses se incrementaba en un 80%.

- Peso

La ausencia de lactancia materna incrementa el riesgo de sobrepeso u obesidad infantil. El porcentaje estimado de niños de 6 a 11 años en Estados Unidos considerados obesos se ha cuadruplicado en un 19% desde 1960. Infantes que nunca han sido amamantados están en mayor riesgo de presentar obesidad infantil que niños que siempre fueron amamantados. El aumento del tiempo de lactancia materna está asociado con bajos niveles de obesidad infantil. La intensidad de la lactancia materna en la primera mitad de la infancia fue al menos 2 veces más probable de tener exceso de peso durante la segunda mitad de la infancia que aquellos que lactaron en mayor intensidad.

- Temperatura y regulación respiratoria

La alimentación en biberón pone al infante en riesgo de inestabilidad fisiológica. La saturación de oxígeno y la temperatura corporal se encontraron significativamente bajas en infantes pre-término quienes fueron alimentados con biberón en relación a aquellos que fueron amamantados directamente. Hubieron 2 episodios de apnea (pausa de respiración mayor de 20 segundos) y 20 episodios de saturación de oxígeno ($PaO_2 < 90\%$) durante alimentación con biberón y ninguna durante el amamantamiento.³⁰ Infantes pre-término que fueron alimentados con biberón con una tetina de alto flujo tenían más frecuente apnea y de saturación de oxígeno

Las repercusiones de la ausencia de lactancia materna en la salud de los menores, a largo plazo son:

- Dermatitis atópica

La ausencia de lactancia materna incrementa el riesgo en infantes de presentar dermatitis atópica. En una meta-análisis de un estudio de cohorte prospectivo en infantes nacidos a término, lactancia materna fue asociada con un 42% de reducción en el riesgo de dermatitis atópica. Sin embargo estos estudios no son específicos en dermatitis atópica infantil en relación a persistente o nueva dermatitis atópica en niños mayores. Se necesita más investigaciones en dermatitis atópica antes de los 2 años en relación a niños mayores.

- Cáncer infantil

La alimentación con fórmula en la infancia incrementa el riesgo de cáncer. Muchos estudios han encontrado un incremento del riesgo de cáncer infantil, incluyendo leucemia, linfoma y la enfermedad de Hodgkin cuando los niños no fueron amamantados. Además, la Agencia de investigación y calidad en el cuidado de la salud meta-análisis encontró que una duración de 6 meses de lactancia materna estaba asociada con un en la disminución de riesgo de la leucemia mielógena aguda.

- Asma

La ausencia de lactancia materna incrementa el riesgo de asma en la infancia. Lactancia materna por lo menos 3 meses está asociado con un 27% en disminuir el riesgo de asma en familias que no tienen historia de asma. Para familias con una historia de asma hay una marcada disminución. Lactancia por 3 meses fue asociado con la disminución en un 40% en el riesgo de asma en niños menores de 10 años. Además investigaciones garantizan la relación entre lactancia materna y asma en niños mayores.

- Desarrollo cognoscitivo

La ausencia de lactancia materna está asociada con pobres resultados en el desarrollo y evaluación cognoscitiva. La ausencia de lactancia materna ha sido asociada con un pobre desarrollo cognoscitivo en infantes pre-término y a término. El porcentaje de leche humana extraída que reciben los infantes está correlacionada significativamente con toda la inteligencia con los resultados de coeficiente y con el resultado del coeficiente intelectual para niños. En el mismo estudio, el porcentaje de leche humana extraída estaba correlacionada con un incremento en el volumen total del cerebro y de la materia blanca. El efecto de una dieta temprana fue particularmente decisivo en niños donde el efecto de la leche materna fue notado determinante en el desarrollo de la materia blanca que en la gris.

- Diabetes tipo I y II

Niños que han sido alimentados con fórmula tienen un incremento en el riesgo de diabetes. Lactancia materna por lo menos 3 meses disminuye el riesgo por un 19 a 27% de diabetes infantil tipo 1 comparado con los que lactaron menos de 3 meses. En el mismo reporte, lactancia materna en infantes fue asociado con un 39% en la disminución del riesgo comparado con infantes quienes no fueron amamantados. Los factores de riesgo en la diabetes son multifactoriales pero lactancia materna es solo uno de los muchos factores que ayudan a disminuir el riesgo.

Para las madres de familia, los beneficios de la lactancia materna son tan importantes como los siguientes:

- Recuperación posparto: La sensibilidad del útero a la oxitocina es máxima en el peripato. La secreción de oxitocina desencadenada por la succión estimula la retracción uterina en el puerperio, y disminuye el riesgo de hemorragia y anemia.
- Recuperación del peso gestacional: Los depósitos de grasa (promedio: 4 kg) formada durante el embarazo como reserva energética a emplear durante la lactancia, se consumirán si amamanta, y volverá a su peso pre gestacional sin necesidad de dietas restrictivas.
- Efecto sedante: la colecistoquinina materna liberada en respuesta a la succión induce sedación y sueño. Además, la prolactina y oxitocina afectan el estado de ánimo y la conducta materna. Investigaciones sugieren que la oxitocina es también una hormona de "vínculo", con consecuencias en las relaciones madre-hijo y madre-pareja.
- Espaciamiento de los embarazos: si la madre permanece en amenorrea, la lactancia materna exclusiva a libre demanda evita un nuevo embarazo durante los primeros 6 meses posparto, con una eficacia del 98%. El aumento del intervalo intergenésico facilita la recuperación de la mujer y disminuye la morbimortalidad materna.

A largo plazo, la ausencia de la lactancia materna influye negativamente en la salud de las mujeres, siendo este un factor de riesgo para la aparición de:

- Cáncer de Mama: no amamantar aumenta el riesgo de cáncer de mama en la mujer. La lactogénesis conduce a la diferenciación terminal del tejido mamario, lo que puede reducir su transformación maligna. Amamantar por menos de 12 meses se asocia a un aumento del riesgo de cáncer de mama. Se ha encontrado que las mujeres con cáncer de mama tienen menos probabilidades de haber sido amamantadas y si lo hicieron su duración fue más corta en comparación con las mujeres sin cáncer de mama. Además, por cada año que una mujer amamanta en su vida hay una reducción del 4.3% en el riesgo de cáncer de mama.

- **Cáncer de ovario:** no amamantar aumenta el riesgo de cáncer de ovario en la mujer. Amamantar reduce significativamente y positivamente la ovulación reduciendo así el riesgo de cáncer de ovarios. Las mujeres que no amamantan también tienen peores resultados si desarrollan cáncer de ovario. El efecto protector de la lactancia materna en el cáncer de ovarios puede ser atribuido a la inhibición parcial de la ovulación por la elevación de la hormona folículo estimulante.

- **Enfermedad Cardiovascular:**

No amamantar se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Las mujeres que amamantaron durante un período más corto experimentaron mayores tasas de hipertensión, diabetes, hiperlipidemia y enfermedad cardiovascular. Una relación dosis-respuesta muestra que las mujeres que reportan una historia de vida de lactancia materna mayor a 12 meses fueron menos propensas a la hipertensión arterial, la diabetes, hiperlipidemias, o enfermedad cardiovascular que las mujeres que nunca amamantaron. No amamantar resulta en un mayor riesgo de hipertensión, en comparación con las mujeres que amamantaron durante un mes o más tras ajustar los factores de la edad, paridad, historia de muerte fetal, obesidad adulta temprana, historia familiar y de estilo de vida.

Algunos otros padecimientos son:

- Diabetes tipo II
- Artritis reumatoide
- Enfermedades en los huesos
- Síndrome metabólico

Dado que la presente tesis se centra en esclarecer los mitos que rodean el tema de “lactancia materna”, enseguida se define el concepto “mito”.

(Pierre, 1993) Informa:

Mito es un conjunto de relatos fabulosos de todo género, de todas las épocas, en la cual conviene establecer, dentro de lo posible, un cierto orden.

La importancia de este tema radica en: promover acciones que contribuyan a la prevención de aparición de problemáticas en el recién nacido, lactante menor y lactante mayor, tales como hepatitis B, VIH, diarrea, alergias, asma, infecciones respiratorias, desnutrición, síndrome de muerte súbita infantil.

Esta es una problemática que debe ser resuelta de forma integral, con la intervención de: madres de familia que reciban orientación sobre la lactancia materna a libre demanda, con apoyo y estímulo familiar y del personal de salud. (En cumplimiento de los planes y programas de la Secretaría de Salud), así como de las políticas públicas diseñadas por los tres niveles de gobierno.

Algunos de los factores socioeconómicos que influyen en la incidencia de la problemática de resistencia a la lactancia materna por parte de las madres de familia son:

- Estructura familiar
- Ingresos en la mujer trabajadora
- Condiciones laborales
- Factores sociales y económicos
- Paridad
- Tipo de parto
- Edad
- Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA-VIH)
- Tuberculosis (TBC)

Por estas razones, se realiza el presente estudio en la Col. Guadalupe Grijalva, del municipio de Frontera Comalapa.

1.-2.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- 1.- ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna para la madre de familia y para el menor?
- 2.- ¿Cuáles son las causas del rechazo de la ejecución de la lactancia materna?
- 3.- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en la promoción de la lactancia materna?
- 4.- ¿Cuáles son las técnicas de amamantamiento para la lactancia materna?
- 5.- ¿Cuáles son las contraindicaciones durante el amamantamiento?
- 6.- ¿Cuáles son los principales mitos acerca de la lactancia materna?
- 7.- ¿Cuál es la dieta recomendada para las madres de familia durante el periodo de amamantamiento?
- 8.- ¿Cuáles son los medicamentos prohibidos para las madres de familia durante el periodo de amamantamiento?

1.3.2.-OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.3.1.-OBJETIVO GENERAL

Diseñar un plan formativo integral sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna, para promoverla y eliminar mitos en el ejido Guadalupe Grijalva.

1.3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mencionar los beneficios de la lactancia materna para la madre de familia y para el menor.
- Determinar las causas del rechazo de la ejecución de la lactancia materna.
- Explicar las intervenciones de enfermería en la promoción de la lactancia materna.

- Analizar las técnicas de amamantamiento para la lactancia materna.
- Establecer las contraindicaciones durante el amamantamiento.
- Determinar los principales mitos acerca de la lactancia materna.
- Especificar la dieta recomendada para las madres de familia durante el periodo de amamantamiento
- Describir los medicamentos prohibidos para las madres de familia durante el periodo de amamantamiento

1.4.-HIPÓTESIS

- Cuanto menor sea el número de hijos de las mujeres de la Col. Guadalupe Grijalva, mayor será la disposición de las madres de familia para la realización de la lactancia materna

1.5 JUSTIFICACIÓN

(Ghebreyesus, 1948) Revela:

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información, apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la

lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.

En México la Encuesta Nacional del Seguro Médico para una Nueva Generación en 2009, encontró que menos de la mitad (43.2%) de los niños, recibieron únicamente leche materna en sus primeros tres días, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomiendan a la leche materna como alimento exclusivo para los primeros seis meses de vida, indicando de manera general la carga de enfermedades en tiempos futuros. Así mismo, de acuerdo con la Secretaría de Salud, en México, la leche materna ya no es el alimento exclusivo en los primeros seis meses de un recién nacido, principalmente en zonas rurales, entre 2006 y 2012, el índice de lactancia materna registró a nivel nacional una caída de 7.9 puntos porcentuales, al pasar de 22.3 % a 14.5 %, principalmente por la introducción temprana de fórmulas lácteas y el consumo de agua de acuerdo a lo indicado por el Instituto Nacional de Salud Pública.

Se estima que entre mujeres en condiciones similares que no amamantaron en comparación con las mujeres que amamantaron más de 12 meses, 42.1% frente al 38.6% tendría hipertensión, el 5.3% frente al 4.3% tendría diabetes, el 14.8% frente al 12.3% tendría hiperlipidemias y el 9.9% frente al 9.1% habría desarrollado enfermedad cardiovascular después de la menopausia.

Por dichas condiciones, se estudia el tema “mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años, Col. Guadalupe Grijalva” pues se pretende contribuir a la eliminación de los mitos, puesto que es la educación la principal herramienta para poder ser beneficiados con las ventajas de la lactancia materna (tanto para la madre como para el menor).

1.6 Delimitación temática

El tema de la lactancia materna tiene múltiples aristas desde que las que puede ser investigado, desde la perspectiva de salud, social, económica, religiosa, etc.

Por ejemplo, con respecto a factores del área de la salud:

- Beneficios
- Costos
- Promoción
- Factores de riesgo
- Técnicas de amamantamiento
- Prevención
- Complicaciones
- Mitos y realidades

Derivado de esto, los investigadores, centran la presente tesis en conocer cuáles son los mitos y realidades de la lactancia materna en la col. Guadalupe Grijalva, con madres de familia que tengan hijos de los 0 a los 2 años.

Sin embargo, los resultados generales son bien claros, los bebés y los niños que son alimentados con fórmula tienen un riesgo mayor de comprometer su estado nutricional, crecimiento y desarrollo y en general la salud y la supervivencia.

Así mismo, se pretende promover que en dicha comunidad, se realicen periódicamente pláticas de promoción a la lactancia materna a libre demanda, como estrategia de prevención primaria y así evitar repercusiones para la mamá y el bebé; puesto que se busca incidir positivamente en sus hábitos de salud y estilo de vida.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Marco antropológico-filosófico.

2.1.1.-Antecedentes de la lactancia materna (diana, 2017)

La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, que ha permanecido como referente para los bebés humanos desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX, tanto

si se trata de leche de la propia madre o leche de otra madre, a cambio o no de algún tipo de compensación.

A principios del siglo XX se inicia lo que ha sido considerado como el mayor experimento a gran escala en una especie animal: a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial y los niños son alimentados con leche modificada de una especie distinta.

La frecuencia y duración de la lactancia materna disminuyeron rápidamente a lo largo del siglo XX.

En 1955 se había creado en las Naciones Unidas el Grupo Asesor en Proteínas (GAP), para ayudar a la OMS a ofrecer consejo técnico a Unicef y FAO en sus programas de ayuda nutricional y asesoría sobre la seguridad y la adecuación del consumo humano de nuevos alimentos proteicos. En los años setenta el GAP emite informes donde advierte la preocupación por el problema de la malnutrición infantil derivada del abandono de la lactancia materna e invita a la industria a cambiar sus prácticas de publicidad de productos para la alimentación infantil.

Paralelamente resurge el interés de la comunidad científica por la lactancia materna y son múltiples las investigaciones que se hacen sobre la misma. Se acumula evidencia sobre la superioridad de la leche humana para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Otros investigadores dirigen sus esfuerzos al estudio de los condicionantes de la lactancia y de los factores que influyen en la elección del amamantamiento y en su duración. Los movimientos sociales, grupos de apoyo a la lactancia materna y la evidencia científica de que el abandono de la lactancia materna supone un problema de salud pública prioritario en todos los países del mundo empujaron a las instituciones internacionales y nacionales, con la OMS a la cabeza, a poner en marcha diferentes iniciativas.

En 1981 se convocó la 34 Asamblea Mundial de la Salud WHA 34.22 que aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna compromiso ético que los distintos gobiernos debían adoptar. La lentitud de los gobiernos para transformar en leyes las recomendaciones del Código llevó a

la OMS y a Unicef a promover reuniones internacionales dedicadas a apoyar la lactancia materna.

En 1988, la OMS y la UNICEF complementan la estrategia delimitando el papel que deben tener médicos, enfermeras y personal sanitario en la promoción de la lactancia materna.

En 1989, la OMS/Unicef hace público un comunicado dirigido a los gobiernos: «protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función de los servicios de maternidad». En el mismo año las Naciones Unidas adoptaron la Convención sobre los Derechos de la Infancia. El apartado del artículo 24 hacía referencia expresa a la necesidad de asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan las ventajas de la lactancia materna y reciban apoyo para la aplicación de esos conocimientos.

En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios.

- **Lactancia materna exclusiva:** lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba de forma adicional a la leche únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- **Lactancia materna predominante:** lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- **Lactancia materna completa:** incluye la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna predominante.
- **Alimentación complementaria:** leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.
- **Lactancia materna:** alimentación por leche de madre.

Lactancia de biberón: cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el mantener la práctica de la lactancia materna disminuye gastos y enfermedades innecesarias debido a que las fórmulas infantiles pueden contener bacterias dañinas para el organismo del recién nacido ocasionando graves infecciones.

se reconoce la importancia de los problemas de nutrición que existe en esta etapa de la vida, ya que estos reflejan la existencia de obstáculos para obtener un estado de nutrición saludable, el éxito de la lactancia se basa en una buena información recibida antes y después del nacimiento.

Al paso de los tiempos y con los cambios en el estilo de vida de las personas se han hecho una serie de investigaciones en las cuales se plasman de manera general aspectos básicos e información encaminada a mejorar la nutrición del recién nacido.

En cuanto a los resultados se encontró, que de los factores relacionados con la suspensión de la lactancia materna, fueron de origen materno como infecciones, falta de producción de leche y el rechazo a la alimentación al seno materno, las principales fueron el que el bebé no se saciara y la decisión de la propia madre, dichas causas estaban relacionadas con dificultades en la lactancia, es decir, poca leche o bien hambre del bebé y problemas personales.

En el 2003, Navarro y colaboradores publicaron en México un estudio acerca de los factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras, teniendo como resultado que los principales problemas fueron maternos, seguido del factor laboral implicando la ausencia de facilidades para amamantar. En este estudio se retoma la idea de la probabilidad que hay en la calidad de que los conocimientos, la experiencia previa y tener facilidades laborales influyan en la decisión de prolongar la lactancia materna.

2.1.2.-Hábitos de las mujeres para incrementar la producción de leche

Desde la antigüedad, el ser humano se dio cuenta de que existía una relación directa entre la alimentación de las puérperas y su producción de leche materna, por ello, enseguida se enlistan algunos de los alimentos más destacados. La alimentación durante el embarazo y la lactancia materna es muy importante, puesto que el bebé recibe el alimento a través la mamá. Además, la lactancia materna debería mantenerse hasta los seis meses, como mínimo. Es necesario llevar una dieta sana y equilibrada.

Se recomienda comer al menos cinco frutas y verduras al día. Los alimentos con almidón, como el pan integral, las proteínas de las carnes magras, las legumbres y los productos lácteos (leche, queso y yogur), también deberían incluirse en la dieta durante la lactancia materna.

Muchas mujeres tienen problemas de estreñimiento en el embarazo y también después del parto. Aumentar la ingesta de productos con alto contenido de fibra puede ayudar a mejorar este problema. Es importante beber mucho líquido; intenta llevar una botella de agua contigo. También son buenos los jugos de frutas naturales y la leche descremada.

En ocasiones, es recomendable tomar un suplemento de vitamina D, puesto que la lactancia materna reduce los niveles de la misma. Este suplemento se puede adquirir en las farmacias y no es necesario tener una receta médica.

Alimentos que hay que evitar o reducir durante la lactancia

Se debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas. A pesar de que el alcohol no pasa al bebé a través de la leche materna, esta puede tener un olor y sabor diferente y afectar al sueño del bebé. No se recomienda más de una o dos copas de vino a la semana, pero siempre será mejor evitarlo del todo.

El consumo de pescados de gran tamaño, como el atún o pez espada, debe limitarse a no más de una porción por semana. Estos pueden contener niveles elevados de mercurio que pueden afectar al desarrollo del bebé.

Las bebidas con cafeína tampoco son recomendables durante la lactancia materna o, al menos, se debe reducir su consumo puesto que pueden mantener despierto a su bebé. Debemos tener en cuenta que no sólo el café, el té y los refrescos de cola también tienen alto contenido de cafeína.

Alimentos para aumentar la producción de leche

A muchas madres les preocupa la idea de no producir suficiente leche. Estos ocho alimentos pueden ayudar a aumentar la producción de leche materna y los alimentos que dan un sabor especial a la leche:

1. Harina de avena

La avena ha resultado ser un alimento perfecto para el mantenimiento de la producción de la leche materna. Se puede consumir con la leche o el yogur, y, además, resulta ser un desayuno ideal para empezar el día. Es una fuente importante de hierro, lo cual es muy importante, ya que uno de los principales motivos de una baja producción de leche materna es la deficiencia de hierro. La avena también ayuda a reducir el colesterol y a regular la presión arterial.

2. Ajo

El ajo contiene galactagogo y esto ayuda a estimular la lactancia. No es necesario comerse el ajo directamente, pero sí se puede añadir a las comidas. El ajo se ha utilizado por las madres lactantes para ayudar a impulsar la leche desde hace décadas.

3. Zanahorias y betabel

Tanto las zanahorias como el betabel contienen beta caroteno, son una fuente saludable de carbohidratos y ayudan a aumentar los niveles de potasio. El beta caroteno es, además, beneficioso para el crecimiento del recién nacido. Estos alimentos favorecen la producción de leche y pueden ayudar a la mamá a perder algo de peso después del embarazo, si las come entre horas (en lugar de bollos, dulces, etc.)

4. Hinojo

Las semillas de hinojo también ayudan a aumentar la producción de leche. Esta planta actúa como un galactogogo, que es una sustancia que ayuda al cuerpo de la mujer a producir más leche. Además, estas semillas ayudan a la digestión y a prevenir los cólicos del lactante.

5. Frutos secos

Los frutos secos aumentan la producción de leche materna y tienen un alto contenido de antioxidantes.

6. Jengibre

El jengibre es otro alimento que ayuda a impulsar la leche materna. Se puede añadir a muchas recetas o preparar una infusión con la raíz (recomendable también para las náuseas del embarazo).

7. Comino

Las semillas de comino también estimulan la producción de leche materna. Además, mejoran la digestión y alivian el estreñimiento, el ardor de estómago y la distensión abdominal. También son una fuente importante de hierro.

8. Canela

La canela, además de aumentar la producción de leche, le da un mejor sabor a esta. Se le puede añadir a un vaso de leche con un poco de miel.

Tanto en el embarazo como durante la lactancia materna, la mujer debe cuidar su alimentación llevando una dieta equilibrada y saludable. Hay que tener en cuenta que el bebé se alimenta a través de la madre y, por tanto, los alimentos que ingerimos le afectarán directamente.

¿COMO Y DONDE SE REALIZABA LA LACTANCIA?

(caseres, 2015)

Hace algunos días, nos llegó a Julio Basulto, Juan Revenga y a mí una consulta del usuario de Twitter @HugoinHeaven, en la que nos preguntaba cómo se pautaba el destete hace mil años. Con el ánimo de satisfacer su curiosidad, aporté en mi respuesta algunos datos cronológicamente posteriores, pero me quedé con ganas de hablar más de ello, ya que el examen de la práctica de la lactancia en el pasado, como el de cualquier otra asociada a la alimentación humana, nos puede ayudar de muchas maneras a entender mejor el fenómeno en el presente. Es por ello que procederé a continuación a examinar brevemente en qué consistía la lactancia materna hacia finales de la Edad Media.

Antes de empezar, sin embargo, querría hacer algunas precisiones. La primera es que la época medieval comprende un periodo muy amplio y abarca una geografía muy extensa, en la que existen diferencias religiosas y culturales, así como miles de particularidades, por lo que cuando decimos que algo sucede en la Edad Media, es preciso determinar, con la mayor precisión posible, cuándo y dónde sucedió, ya que no debemos considerar que una práctica detectada en un lugar se generalizara en el espacio y en el tiempo, salvo si tenemos un buen motivo para pensarlo. La segunda aclaración es que, en este amplio periodo cronológico, los testimonios documentales se han conservado de forma desigual, siendo mucho mayores los referidos a los últimos siglos medievales. La tercera y última puntualización es que en el breve espacio que permite este artículo no podemos hablar de todo lo divino y lo humano relacionado con la lactancia materna, por lo que daremos solamente unas pinceladas y nos centraremos en algunas de sus dimensiones prácticas.

Madres y nodrizas

Si retrocedemos mil años atrás, nos encontramos en un mundo en el que no existen las leches artificiales y en el que la ingesta de leche fresca recién ordeñada constituye una fuente de infecciones de primer orden, que pondría en peligro la vida de cualquier bebé o incluso de los adultos, los cuales, en nuestro entorno geográfico, consumían los lácteos básicamente en forma de queso. De ahí que en el Medievo la lactancia fuera la fuente natural de alimentación de los niños en las primeras etapas de la vida, a falta de otra alternativa segura.

No obstante, convendrá que hablemos simplemente de lactancia y no de lactancia materna, ya que, como es bien sabido, esta podía ser ejecutada por la madre pero también por otra mujer a la que llamamos comúnmente nodriza o de otras formas (por ejemplo, ama de crianza). La renuncia a la lactancia por parte de la madre era muy frecuente entre la nobleza por considerarse una actividad impropia de su rango, pero recurrir a una nodriza se encontraba extendido entre todas las clases sociales, puesto que era el único medio realmente seguro de que disponían las madres con dificultades en la lactancia para conceder a su descendencia las mejores oportunidades de supervivencia.

La figura de la nodriza evoca una práctica mayormente en desuso desde hace más de cien años pero que hasta entonces fue esencial para contener las enormes cifras de mortalidad infantil que caracterizaron a las diversas etapas preindustriales. Asimismo, nos permite seguir también el rastro de cómo se realizaba la lactancia. Ello se debe a que dicho rol podía ser realizado por familiares de la madre, pero también por esclavas propias o alquiladas a tal efecto (remarquemos, antes de seguir, que la esclavitud estuvo plenamente vigente en la Edad Media) o por personas contratadas para desempeñar dicha función. En este último caso, dichos contratos dejaban rastro documental, ya que eran establecidos ante notario. Tenemos la suerte de que algunos lugares como Barcelona conservan un importante número de protocolos notariales de los últimos siglos medievales, que constituyen una fuente fundamental para conocer la vida social y económica del momento. Fue precisamente esto lo que permitió al historiador Josep Hernando i Delgado hacer un estudio de un conjunto de contratos realizados a nodrizas y datados en el siglo XIV, donde sobresalen algunos aspectos prácticos muy llamativos.

¿Cuánto duraba la lactancia materna?

Uno de ellos es que los contratos tanto se podían establecer antes del nacimiento del bebé, como en cualquier momento de su vida. Así, se detectan contratos establecidos desde momentos tan tempranos como cuando el bebé tiene 5 o 10 días, hasta la edad de 16 meses o, en un caso en concreto, de 2 años y medio. Ello retrotrae con claridad algunas posibles tendencias. En algunos casos,

porbablemente, la madre iniciaba la lactancia pero era sustituida al cabo de un tiempo por una nodriza, o bien diferentes nodrizas se ocupaban de un mismo lactante a lo largo de sus primeros años de vida. Por lo que se sabe, la lactancia se realizaba durante un extenso periodo de tiempo, de lo cual dan fe los contratos y los plazos estipulados, que oscilan desde los 4-6 meses, hasta los 29 meses y, en un caso, se extiende durante 4 años y 10 meses.

La aparentemente larga duración de estos contratos no debería sorprendernos. En los tres primeros años de vida, al menos en este entorno geográfico y en la época a la que nos referimos, la lactancia tendía a protagonizar la alimentación infantil de manera prácticamente exclusiva, si bien la incorporación de algunos alimentos podía realizarse de manera muy incipiente, incluso en los primeros días de vida. Las tomas se realizaban directamente del pecho, al menos hasta la aparición de la dentición. De ahí que en algunos contextos, entre el segundo y el tercer año, podía producirse un proceso de destete mediante procedimientos tales como untar los pechos con sustancias amargantes.

Transcurridos los tres años se intensificaba la presencia de otros alimentos, pero sin abandonar la lactancia. En relación con esta segunda fase, la historiadora Teresa Vinyoles ha detectado en su análisis de la documentación hospitalaria barcelonesa del siglo XV el establecimiento de contratos denominado *a mitja llet* (a media leche), concepto que refleja el mantenimiento de la lactancia, aunque con menor peso específico, a partir de estas edades. El resto de la dieta consistía en la ingesta de purés de verduras o de legumbres, carne picada y otros alimentos líquidos o triturados, a los cuales se habituaba ya de manera decidida a los niños en un periodo que podía durar hasta cuatro años más. En ese mismo espacio de tiempo tenía lugar también todo un conjunto de aprendizajes infantiles a hablar, a vestirse, etc., al culminarse, ponían punto y final a la primera etapa de la infancia y también a la lactancia.

¿Son las creencias erróneas cosa del presente?

Otro dato interesante es que, por ejemplo, diversos contratos examinados incluyen la cláusula de que las nodrizas no debían hacer nada que pudiera deteriorar la calidad de la leche o disminuir la

cantidad. Entre los actos excluidos se encontraría el mantener relaciones sexuales, con el fin de que la nodriza no se quedase embarazada, ya que ciertos tratados médicos de la época, inspirados por el El libro de la generación del feto, el tratamiento de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos de Arib Ibn Sa'id (obra del siglo X), alertaban de que el embarazo deterioraba la leche de la mujer lactante. Así lo expresaba el tratado de Arib Ibn Sa'id:

«La nodriza que vaya a dar el pecho al niño convendrá .Que no haya recientemente parido ni esté embarazada, pues la leche se corrompe y se convierte en agua y con ella se nutre el feto en el útero y en este caso se interrumpirá por necesidad de alimento.

Por el contrario, sí que existían cláusulas que contemplaban que la nodriza estuviera amamantando también a su propio hijo y que siempre preveían que la prioridad en la lactancia fuera para el bebé de la familia con la que se había establecido el contrato.

Otros ejemplos permiten mostrar que, como sucede en el presente, la práctica de la lactancia iba acompañada de creencias poco fundamentadas. Estas podían afectar a cuestiones tan dispares como la edad ideal para lactar o al momento en que la madre debía iniciar la lactancia. Mientras que en los contratos barceloneses analizados por Josep Hernando la edad de las nodrizas raramente se menciona y, cuando aparece, se trata de mujeres jóvenes de entre 14 y 20 años, en tratados europeos de finales de siglo XV se recoge como periodo ideal para el ejercicio de la profesión una edad comprendida entre 20 y 30 años o incluso hasta los 35. En uno de ellos, el *Regiment der Kinder*, de Bartholomeus Metlinger, autor que ejerció de médico infantil en diversas regiones de la actual Alemania, se señala que no debía proporcionarse leche de la madre a un bebé hasta 14 días después del nacimiento, ya que la calidad de la leche no era lo bastante buena. La recomendación de dejar pasar unos días hasta ofrecer al recién nacido leche de la madre se remonta de hecho hasta la Antigüedad, contrariamente a lo que aconsejaría hoy cualquier entidad de referencia en nutrición infantil: tanto la Organización Mundial de la Salud

como UNICEF recomiendan que las madres comiencen a amamantar a sus hijos en su primera hora de vida

Higiene personal durante la lactancia

La lactancia es una parte fundamental de la maternidad. Es un acto hermoso, que forja un vínculo con el bebé y al mismo tiempo le permite darle los nutrientes esenciales para su crecimiento. Como la lactancia es el paradigma del contacto piel con piel, es fundamental que tome las medidas higiénicas adecuadas con sus pechos para preservar la salud de su bebé.

¡Nunca amamante a su bebé sin haber limpiado antes sus pechos!

Las bacterias y los gérmenes se acumulan en los pechos y si no los limpia adecuadamente ni aplica buenas prácticas de higiene, su bebé estará expuesto a diferentes enfermedades e infecciones.

Por suerte, es muy sencillo cumplir con normas básicas de higiene para la lactancia. Si necesita ayuda o quiere asegurarse de que sigue la dirección correcta, este artículo es especial para usted. Consulte nuestros consejos de higiene para la lactancia que nadie le enseñó

Evite los productos perfumados

Los beneficios de la lactancia son insuperables, pero eso no significa que no traigan aparejados algunos efectos colaterales un poco molestos. Todas las mamás conocen lo que es lidiar con el dolor de los pezones o su sensibilidad, y es algo difícil de ignorar. Es por eso que la mayoría de las mamás intentan buscar algo para aliviar esta molestia.

La solución habitualmente toma la forma de cremas o lociones para los pezones.

Hay cientos de productos en el mercado que se publicitan ofreciendo alivio inmediato o humectación prolongada. Pero no importa el producto que elija, evite que tenga perfumes. Consulte con su médico para conocer sus recomendaciones y consulte este artículo para más detalles sobre todo lo que debe saber sobre las cremas para los pezones.

Además de evitar el uso de cremas y lociones perfumadas, no utilice jabones perfumados ni productos que contengan alcohol cuando lave sus pezones. Estos productos aumentan la sequedad y pueden dañar su piel; además, son dañinos para el bebé.

Mantenga la higiene de los pezones

Si bien no es necesario realizar una limpieza minuciosa de los pezones antes y después de cada sesión de amamantamiento, es una buena idea al menos enjuagarlos algunas veces durante el día. Esto permite eliminar restos de saliva y le permite aplicar un poco de humectante sin perfume y apto para bebés.

¿Nuestra recomendación? Utilice agua tibia para enjuagar y seque sin frotar con una toalla limpia cada tres sesiones durante el día.

Además de enjuagar después de dar el pecho, lave sus senos cuando se baña. Una vez más le recordamos, evite los productos perfumados y opte por jabones suaves y neutros.

Use la ropa adecuada

Después del embarazo, sus pechos cambiarán todos los días. A veces sentirá dolor y que los conductos mamarios están rebozantes, y otros días sentirá que está vacía. Debido a estos cambios es importante que utilice la ropa adecuada.

Para incrementar el flujo de aire y permitir que las glándulas mamarias respiren, utilice sostenes flojos. Si utiliza prendas ajustadas y restrictivas está atrapando el aire, lo que genera un espacio apto para el desarrollo de bacterias.

Usar sostenes y camisetas sueltas permite que el aire circule y que se sienta más cómoda.

Si bien el sostén debe ser flojo, asegúrese de que sea de la talla. Visite su tienda favorita o tienda de maternidad y pida que hagan una medición.

Usar un sostén de la talla y corte correctos ofrece mayor comodidad que uno que sea muy grande o muy pequeño.

Por último, prefiera los sostenes de algodón armazón. El algodón permite un mejor paso del aire y permite que su piel respire a través del material. Los sostenes de telas sintéticas sofocan sus senos y aumentan la transpiración y la proliferación de bacterias.

Los sostenes de lactancia son una buena inversión para las mamás porque se abren al frente y permiten un fácil acceso al bebé para alimentarse.

TENIAN RELACIONES SEXUALES

Todo cambia cuando nace el bebé

Pero todo cambia en el posparto, cuando la libido baja hasta cotas insospechadas en la mayoría de mujeres. De hecho, ninguna hembra mamífera se pone en celo durante la lactancia; sus pretendientes lo perciben por el olor y ni se acercan. Las únicas especies mamíferas que mantienen relaciones sexuales durante el periodo de lactancia son los humanos y los canguros. En realidad, este descenso del interés sexual por parte de la hembra es una ventaja evolutiva, una reacción que la naturaleza ha desarrollado para preservar el interés de la madre por su cría recién nacida.

Causas hormonales

La causa más importante es hormonal. De tener cifras astronómicas de estrógenos y progesterona segregadas por la placenta, tras el alumbramiento nos quedamos a cero de esas hormonas. En cambio, segregamos prolactina, que es una hormona antagonista de las que hacen tener libido y ser fértil: estrógenos, progesterona y testosterona.

La mujer que amamanta, durante los primeros 6 meses está hormonalmente en una situación parecida a la menopausia. Por eso aparecen signos comunes a la misma, como sequedad vaginal y sofocos de calor.

Causas físicas y la influencia del parto

Al factor hormonal se suman otros, como el sueño y el cansancio que suelen tener todas las mujeres —y también los hombres— que están criando a un bebé.

Cuesta mucho encontrar un momento para las relaciones sexuales, y cuando éste aparece es muy posible que el bebé lo interrumpa con su llanto.

El parto tiene una influencia muy grande en la sexualidad de una mujer. Dar a luz es un suceso muy impactante e intenso. Después de haber tenido sensaciones tan fuertes e intensas en la vagina durante el nacimiento, después de haber sentido en muchos casos un dolor importante durante días o semanas en ella debido a una episiotomía, por ejemplo, es difícil cambiar el “chip” y empezar a pensar que ahora tenemos que sentir placer por esa misma vía.

A menudo, la episiotomía causa dispaurenia (relación sexual dolorosa) a largo plazo.

En estas situaciones, es mejor postponer las relaciones sexuales con penetración. Se puede practicar el sexo sin penetración de forma muy variada, y las caricias cobran especial importancia en esta etapa. Usar un lubricante o aceite vegetal para combatir la sequedad vaginal, tener paciencia, cariño y respeto es lo mejor.

Aquellas mujeres que han tenido un parto natural, poco intervenido y sin traumatismos vaginales posiblemente no tengan problema alguno para reiniciar relaciones sexuales, y también es posible que su libido no baje tanto.

En todo caso, aunque se siga dando el pecho, alrededor de los 6 meses la prolactina ya no alcanza valores tan altos como en el posparto inmediato, pues la producción de leche deja de ser un fenómeno endocrino (controlado por las hormonas) y se mantiene gracias a la succión y vaciado frecuente de los pechos. Los niveles basales de estrógenos, progesterona y testosterona vuelven a subir, y también la libido empieza a recuperarse.

¿Y la parte emocional?

Después del parto, la madre ha creado un vínculo intenso con el bebé, las endorfinas segregadas a raudales durante el parto han creado una especie de nube de amor en la cual sólo entran el recién nacido y la madre. Casi toda la energía sexual y afectiva de ésta se dirigen hacia el recién nacido en una relación perfecta de amor mutuo.

En el posparto, la mayoría de madres necesita el amor, afectividad y protección por parte de su pareja. Quieren abrazos y palabras de cariño, pero no les apetece practicar el sexo. El padre puede malinterpretar la demanda de cariño con demanda de sexo, y sentirse mal al ser rechazado. La madre puede intentar solucionarlo evitando el contacto físico y no demandando más cariño. El padre puede reaccionar pensando que la culpa es del bebé, pues desde que nació su mujer ya no es la misma, se ha vuelto distante y el bebé la tiene totalmente absorbida.

En estos casos, el posparto se convierte en una auténtica prueba de fuego para la pareja.

Para superarla, es crucial la comunicación. Él debe saber que existen unos factores físicos y emocionales importantes que hacen que su mujer no sienta deseo sexual, pero que le sigue amando y necesitando más que nunca. Y ella debe saber que él quizás se siente solo y excluido de la nube de amor, quiere ayudar y no sabe cómo

hacerlo. El padre puede abrazar y dar cariño sin esperar sexo a cambio, y muy posiblemente ello conduzca a mejorar la relación, y por tanto a aumentar el deseo sexual de su mujer.

También es frecuente que las madres lactantes rechacen la estimulación de los pechos durante la relación sexual, es como si quisieran reservarlos sólo para su bebé.

Debido a la oxitocina que la madre segrega durante el orgasmo, algunas mujeres pueden tener un reflejo de eyección con salida de leche.

¿Es normal sentir placer sexual mientras se da el pecho?

Algunas mujeres experimentan placer mientras dan el pecho a sus hijos, lo que puede generarles un gran desconcierto e incluso sentimientos de culpa. El tabú del incesto es muy fuerte, y cualquier sensación sexual directamente relacionada con los hijos se interpreta por lo general como algo que debe reprimirse. Pero no hay que perder de vista que la lactancia, al igual que el embarazo, forma parte del ciclo sexual y reproductivo de las mujeres, y el baile hormonal que se produce cuando el bebé succiona el pezón de su madre bien puede desencadenar sensaciones de placer físico. No es de extrañar que así sea. Al fin y al cabo, la naturaleza siempre se ha asegurado de que todas aquellas actividades que son imprescindibles para el mantenimiento de la vida (comer, reproducirnos, dormir) nos resulten sumamente placenteras. La lactancia no es una excepción, y en condiciones normales amamantar es una experiencia muy agradable para ambos, madre e hijo. Algunas mujeres, además, pueden llegar a experimentar sensaciones más intensas e incluso excitación sexual. Saber que es algo perfectamente normal, aunque no demasiado frecuente, puede ayudar a que disfruten de esos momentos sin temor.

En la edad Media era peor...

En la edad media se consideraba impuro mantener relaciones sexuales con una madre lactante, puesto que se pensaba que el semen podía contaminar la leche. Por ello, los maridos de las clases pudientes pagaban una nodriza. De ese modo,

podían tener acceso carnal a su mujer a las pocas semanas del parto y éstas tenían a menudo un hijo cada año durante toda su vida reproductiva.

ORIGEN DE LA LECHE DE FÓRMULA Y DEL BIBERÓN

Henry Nestlé inventó en 1860 la leche en polvo para bebés, elaborada a base de leche de vaca deshidratada y cereales. En las décadas siguientes, su fórmula fue adoptada por miles de mujeres que se incorporaban al mercado de trabajo en Europa y Estados Unidos, pero el auténtico 'boom' comenzó tras la Segunda Guerra Mundial: a través de la publicidad agresiva y el apoyo de miles de enfermeras y médicos, la industria de la alimentación infantil convenció a medio mundo de las excelencias de su producto, con dos argumentos fundamentales: que la leche en polvo era mejor que la materna -algo que después se demostraría falso- y que el biberón era en realidad un instrumento para la liberación de la mujer -un argumento que el sacaleches dejó obsoleto-.

En los sesenta, Nestlé, en busca de nuevos mercados, desembarcó masivamente en el Tercer Mundo. La contaminación del agua y los biberones y la falta de dinero una vez terminadas las muestras de regalo desembocaron en miles de muertes de niños por enfermedades y malnutrición. La multinacional suiza fue acusada de la masacre y se le declaró el boicot, aún vigente en algunos países.

En 1981 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Código de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna, que obliga a los países firmantes, entre ellos España. El código prohíbe anunciar sucedáneos de leche materna, biberones y tetinas; utilizar imágenes de bebés en los paquetes de leche de fórmula; o denominar a este producto 'leche maternizada' o 'humanizada'. Las etiquetas deben hacer constar la superioridad de la lactancia materna. El código proscribía la entrega de muestras gratuitas o a bajo coste a las madres, a los trabajadores de la salud o a instituciones sanitarias. También prohíbe los regalos de cualquier clase al personal sanitario por parte de los fabricantes.

Origen del biberón

Se sabe que los pueblos primitivos, no cubrían el pecho de la mujer: las explicaciones son numerosas. Sobresale la creencia de que así se libra del mal de ojo la **leche del lactante**; solo cubren los senos ante el hombre blanco.

Por lo general, el hombre primitivo como el hombre de los pueblos antiguos no vio en el pecho femenino elemento sexual alguno: se consideraba que el pecho simplemente servía para **dar de mamar a los bebés**.

En un libro de curiosidades médicas, literarias e históricas sobre el pecho de la mujer, de finales del siglo XIX, del entonces famoso científico J.Witwoski, se dice que dar el pecho al recién nacido fue un imperativo social. A esto y a la necesidad de que las mujeres trabajaran se deben muchas de las deformidades que antaño tuvieron estas piezas anatómicas femeninas.

Era necesario simultanear la lactancia con el trabajo en el campo o en la casa, por lo que el niño iba donde iba la madre, pegado a ella, atado a ella, siempre a la espalda para dejar libres las manos.

Pero **¿cómo llevar la leche materna a la boca del lactante?** El niño era llevado en una especie de zurrón, cuando no vendado a la espalda. El pezón llegaba a su boca cruzando el pecho por debajo de la axila, estirándolo todo cuanto la piel diera de sí; en otros casos el pecho se descolgaba por detrás de la espalda, a la altura de la nuca.

Otro peligro tenía la lactancia para la mujer y el niño. Durante ese periodo la mujer perdía interés por el varón, no sentía la llamada del sexo, lo que producía celos en el hombre primitivo que, unido ello a las largas abstinencias de la menstruación, se desesperaba y podía terminar matando a la criatura.

Todo ello hizo que surgieran paliativos: la institución de las nodrizas o madres de leche es una de las más antiguas. También se comenzó a crear una especie de **biberón primitivo** a modo de pequeño odre que humedecía los labios del bebé con leche de la misma madre.

No obstante lo dicho, es curiosa la **historia y origen la del biberón**. Nunca estuvo demasiado generalizado en la sociedad, en parte porque la **lactancia materna** y el uso de las llamadas **amas de cría** o **nodrizas** tenían una gran popularidad y gran aceptación.

El historiador germano Karl Fuengling, contaba con una enorme **colección de biberones**. Tenía más de 1.000 modelos diferentes, incluso un biberón de más de 3.000 años de antigüedad. En algunos museos, como el Museo Arqueológico de Madrid, se exponen **sacaleches griegos** pertenecientes al siglo V a.C.

Estos sacaleches eran unas piezas de cerámica que intentaban imitar la forma del seno de la madre. Contaban con dos agujeritos: uno por donde bebía el bebé y el otro para situarlo sobre el pecho de la madre y extraer la leche.

NODRIZAS

LAS NODRIZAS

Las nodrizas, también llamadas amas de cría o amas de leche, eran mujeres que se dedicaban a amamantar hijos de otras mujeres. En la actualidad es algo que ya no se ve, tal vez con alguna excepción, pero fue un oficio que se menciona en diversos textos de diferentes épocas y regiones.

En culturas como la espartana, existían leyes que obligaban las mujeres a amamantar a sus hijos, sin distinción en las clases sociales. Se han hallado en numerosos textos históricos referencias por las que se deduce que en muchas civilizaciones, mujeres de distintas generaciones y clases sociales no acostumbraban a amamantar a sus hijos. En textos antiguos, se menciona el sistema de nodrizas, por ejemplo, en dos códigos babilónicos de las culturas paleo-semíticas de Mesopotamia, como las Leyes de Esnunna, se estipula el pago justo que debe hacerse al ama de cría. En tanto, en el Código de Hammurabi, que surge aproximadamente treinta años después del anterior, se encuentra una disposición legal sobre las nodrizas. En la Biblia hallamos varias referencias a este oficio, en Éxodo 2: 7-9, se lee : "...¿Iré

a llamarte una nodriza de las hebreas, para que te críe este niño? Y la hija de Faraón respondió: Ve. Entonces fue la doncella, y llamó a la madre del niño, y a la cual dijo la hija de Faraón: Lleva a este niño y críamelo, y yo te lo pagaré. Y la mujer tomó al niño y lo crió" (Versión Reina Valera). Por otra parte, el profeta Jeremías, aparece quejándose de que las mujeres de su época sean "peores que chacales" por no amamantar a sus hijos. Pueden hallarse cerca de diez referencias en nueve libros diferentes de la Biblia acerca de las nodrizas.

En la Grecia clásica, el oficio de nodriza era muy común, tanto así que Platón (427 - 347 a. C.) las menciona como de preferencia antes que las propias madres. Además son mencionadas por Aristóteles (384 -322 a. C.) en su obra "Historia Animalium", en la que muestra un especial interés por la lactancia de los infantes y describe métodos para determinar la aptitud de la leche para determinados niños. Curiosamente llega a la conclusión de que la madre o nodriza no debe alimentar al bebé durante los primeros días luego del parto, puesto que considera perjudicial a la salud esta etapa.

Durante la época del Imperio Romano, las mujeres nobles no acostumbraban a amamantar a sus hijos, debiendo recurrir a nodrizas. En el tratado de referencia en obstetricia y ginecología por muchísimos años, el "Gynesia", del autor Sorano de Éfeso (siglo II d.C.), se describe con detalle las condiciones que debe tener un ama de cría para ser adecuada. Allí se tiene en cuenta la dieta, la historia de vida, y se plantean diferentes maneras de lactar que eran de consideración. Pese a esos consejos y costumbres, el ideal de madre en Roma de esa época, era la que amamantaba a sus propios hijos.

En el Corán (siglo VII), se encuentran tres suras diferentes con referencias a las mujeres que ejercían este oficio en cada uno de ellos.

Si buscamos referencias en España, podemos citar las Partidas de Alfonso X el Sabio(1221-1284), que enumeran las condiciones con las que debían contar las nodrizas reales.

En Florencia, a pesar de la moda extendida del género pictórico como el de la "Madonna del latte" (Virgen de la leche), donde se exaltan las virtudes de la lactancia

materna y el vínculo que se genera entre madre e hijo, en la práctica era diferente, puesto que las damas de clase noble y media urbana, enviaban a sus hijos con una nodriza, generalmente al campo por un promedio de dos años.

En los siglos XIII al XIX, en Francia, las mujeres de clase alta y media alta, no solían amamantar a sus hijos, recurriendo a nodrizas, leches de distintos animales y preparados derivados del cereal. Ambroise Paré (1509-1590), quien fuera uno de los médicos más afamados de su época, les dedica todo un capítulo de una de sus obras, al que titula "Acerca de los senos y el pecho de la nodriza".

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1.- Tesis “Conocimiento y mitos sobre lactancia materna exclusiva”

(lizbeth, 2018)

Presentado por: Espejo Gonzales, Karla Lisbeth. De la universidad Lima Perú, en 2018, para obtener el título de licenciada en obstetricia, realizaron la tesis “Conocimiento y mitos sobre lactancia materna exclusiva”

- Su objetivo:

“Identificar conocimiento y mitos sobre lactancia materna exclusiva en Puérperas”

- Población y muestra (a quienes estudió y donde)

Adolescentes embarazadas de entre 12 a 19 años de edad, que realizan su control prenatal en el Centro de Salud “Dr. Gerardo Varela Mariscal”, en Santo Tomás Ajusco, que da servicio a toda mujer embarazada de la zona del Ajusco.

- Preguntas de investigación

¿Una intervención basada en la mercadotecnia social aumentará la iniciación de lactancia y duración de lactancia materna exclusiva adolescentes?

Preguntas de la encuesta:

¿Conocer conocimientos, actitudes y prácticas de la LM en la población del estudio?

¿Identificar los patrones de lactancia materna exclusiva y en madres adolescentes, así como la tasa de iniciación de lactancia y la duración promedio de la misma?

¿Investigar las fuentes y medios de información en salud más usados y más confiables para las adolescentes, para proponer los mejores medios de aplicación de la campaña?

- Resultados: El 68.8% de las adolescentes tenía edades entre los 17 y 19 años. El 60.4% de estado civil conviviente, seguido de un 30.8% que era soltera. El 39.6% tenía secundaria incompleta, un 34% de ellas había completa este nivel. El 56.4% se dedicaba a las labores del hogar. Un 49.6% tenían un buen nivel de conocimiento un 32% tenía un nivel regular y un 18.4% un nivel deficiente. Respecto a los mitos, un 77.6% de las madres adolescentes creía que la forma del pezón y el tamaño de la mama son importantes para dar de lactar; un 73.2% pensaba que tomar mucha leche incrementa la producción de leche materna; un 70% de las adolescentes tenía la idea de que dar de lactar produce dolor, entre otros descritos en la investigación.

TESIS: EXPERIENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y LAS RAZONES DE ABANDONO: UNA PERSPECTIVA DESDE LAS MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA.

2.1.2 PRESENTADO POR ELIANA SOFIA VEGA CASTRO TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE NUTRICIONISTA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA FACULTAD DE CIENCIAS CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA Bogotá, D. C. Noviembre 21 de 2014

(bogota, 2014)

La práctica de la lactancia materna hace parte fundamental del desarrollo del ser humano, influyendo de manera importante en su alimentación y nutrición, así como en aspectos emocionales, sociales, intelectuales y de la salud del lactante. Por tal razón, la lactancia materna debe encontrarse presente en las primeras etapas de vida, y así asegurar el sano crecimiento de los niños y niñas, de tal forma que en un futuro puedan gozar de las ventajas que la práctica de la lactancia materna trae consigo, no sólo para los lactantes sino también para la madres y el núcleo familiar que los rodea. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de la vida del niño y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los dos años de edad o más, sin embargo, actualmente en Colombia.

El acto de amamantar corresponde a una de las prácticas más antiguas de la humanidad, dada la importancia de la misma en la supervivencia del ser humano, “se puede señalar que la supervivencia de la raza humana ha dependido de dos actos biológicos fundamentales, el coito fértil y el amamantamiento” (Durán P, 2005), de ahí la importancia del papel de la lactancia materna en el desarrollo de los seres humanos y por consiguiente en su supervivencia.

La leche materna en la literatura, es definida como “la leche segregada por las glándulas mamarias de la madre, constituye el primer alimento que recibe el recién nacido y es el medio previsto por la naturaleza para que este se adapte a las condiciones nutritivas nuevas impuestas por la vida extrauterina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el sentir de las madres frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva.

- Identificar los factores económicos, sociales, culturales, religiosos y educativos que influyen en el acto de lactar y en la duración de la lactancia materna.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio: Descriptivo, Cualitativo.

Método: Historia de vida, dado que es uno de los “métodos de investigación descriptiva más puros y potentes para conocer como las personas, el mundo social que les rodea” (Hernández, 2009). De ahí la importancia de esta, para obtener información acerca de una temática determinada desde la propia concepción del individuo y su relación con el mundo que lo rodea. Este método permite conocer desde la perspectiva del individuo, sus sentimientos, experiencias, así como la posición del mismo frente al tema a tratar, lo que permite que se obtenga una visión global acerca de una situación específica ubicando los acontecimientos en un espacio de tiempo, de esta manera la información puede ser analizada teniendo en cuenta la realidad del individuo

Pensamientos de las madres frente a la lactancia materna Las ideas concebidas por las madres frente a la lactancia materna se encuentran basadas en un sin número de factores pertenecientes a su entorno, dentro de estos aspectos se pueden resaltar, la cultura, educación, las creencias, tabúes, aspectos socioeconómicos, que influyen de una u otra forma en el desarrollo de la lactancia materna. “Las actitudes de los amigos y parientes hacia la lactancia materna también se ha demostrado que afecta la duración prevista de una madre de la lactancia materna” (Osman H, El Zein L, Wick L, 2009), el pensamiento de la familia frente a la lactancia ejerce una influencia importante, teniendo en cuenta que a través de la familia, la madre toma posición frente a las múltiples situaciones que afronta a lo largo del periodo de lactancia. En las entrevistas algunas madres afirmaron recibir consejos de sus familiares y amigos a favor de la lactancia materna como; “Mi papá dice que hasta los cinco años” (EPC), “mi mama siempre ha estado de acuerdo” (EPD).

No obstante, las madres manifestaron obtener de igual forma consejos por parte de familiares y amigos, que inducían al abandono de esta práctica por medio de expresiones como; “pero ya no más, quítesela, quítesela...eso ya no tiene nada, eso ya no le alimenta” (EPD), demostrando la necesidad de brindar información no solo a la madre sino a las personas que se encuentran en su entorno familiar dado que dichas personas constituyen la primera fuente de información de la madre durante la lactancia y “mientras que algunos de estos pueden fomentar la lactancia materna, otros pueden desalentarla” (Osman H, El Zein L, Wick L, 2009), interrumpiendo el curso normal de la misma.

Por otra parte, existen aspectos como las creencias y tabúes, compartidas por la cultura de una región que determinan no solo el proceso de lactancia materna sino también su permanencia, dentro de las creencias mencionadas por las madres entrevistadas se encontraron, aquellas relacionadas con los beneficios aportados por distintas preparaciones en el aumento de la producción de leche materna, como; “tomar agua de panela con leche le va a dar a uno más leche, es verídico, verídico, verídico...”(EPD), “que tomara hinojo para que me saliera leche” (EPX), dichas creencias se encontraron arraigadas en las madres debido a que estas prácticas son transmitidas de generación en generación y aunque algunas carecen de fundamento científico continúan difundiéndose entre la población.

Los mitos también hacen parte importante del desarrollo de la lactancia, entre los mencionados estaban aquellos relacionados con la etapa del destete, en la cual las madres recurren a diversas prácticas para disminuir la producción de leche; “para que se me seque la leche es que unte el brasier de leche y lo ponga al sol, o saque leche del seno y la bote a la calle donde pegue el sol” (EPC). Esta clase de mitos forman parte de la cultura de las madres, de la construcción de su identidad, esto permitió caracterizar e individualizar cada proceso de lactancia de una madre a otra.

Por otra parte, existen mitos que pueden llegar alterar el desarrollo de la lactancia como el mencionado por una de las madres, en el cual afirmaba que “no lactar al niño le ayuda a bajar de peso” (EPE), estas falsas creencias generan en las madres dudas respecto a la lactancia, provocando que algunas abandonaran esta práctica durante los primeros meses de vida de sus hijos. No obstante, “Una buena comprensión de las creencias locales, costumbres y tradiciones relacionadas con la lactancia materna puede ayudar a los profesionales de la salud y los defensores de la lactancia materna a proporcionar un mejor apoyo y el asesoramiento más adecuado para las madres que amamantan” (Osman H, El Zein L, Wick L, 2009), por tal razón es de vital importancia conocer e interpretar dichas tradiciones, y así contribuir con una buena práctica la lactancia materna.

Las madres al momento de lactar afirman experimentar un sin número de sentimientos, dentro de los cuales está el amor, afecto, necesidad de protección y cuidado para con sus hijos. Los sentimientos percibidos al momento de lactar por primera vez son unos de los más significativos para ellas, puesto que hasta ese momento pueden experimentar lo que realmente se siente al amamantar, una de las madres al recordar ese momento lo describió como; “fue algo lindo fue como la unión de los dos, como que somos mamá e hijo, y esa era la sensación que yo hace mucho tiempo quería sentir”, otras madres lo describían como “si es increíble, una alegría que solo las que tenemos lo podemos decir”(EPD) “sentí pues dolor primero...(risa) y ya después sentí bonito, o sea me sentí rara, a la primera vez me sentí muy rara porque no sabía ni como cogerlo porque era muy pequeñito”(EPX), sin embargo, todas coinciden en la generación de un vínculo entre madre e hijo que permite que ambos se beneficien y que es importante cuando de lactancia se trata.

Una de las principales problemáticas al hablar de lactancia es la desinformación por parte de la población en cuanto a los beneficios de esta práctica, a pesar de que “existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad, en todos los países del mundo” (Almaguer P, Fonseca M, Corona L, Guerra C, Roteta A, Sánchez E, 2011). En la mayoría de los casos los beneficios conocidos por las madres se limitan

exclusivamente a las propiedades nutricionales atribuidas a la leche materna, lo que permite que en algunos casos las madres busquen opciones diferentes para alimentar a sus hijos, limitando los beneficios de la misma únicamente a la parte nutricional. Al indagar acerca de los beneficios de la leche materna las madres mencionaron aspectos como; “le doy defensas, defensas, he...la alimento pues más que todo las defensas que es lo que más uno necesita de ella para que...no se enferme” (EPL). Asimismo, el resto de madres entrevistadas afirmaron dar defensas, vitaminas y demás nutrientes necesarios para el crecimiento de los lactantes, dejando de lado los beneficios para la madre y el entorno familiar. En cuanto a los beneficios de la lactancia materna para las madres, ellas reconocieron dos aspectos únicamente, el primero fue contribuir con control del peso después del parto y el segundo con la acomodación de la matriz, lo que indica desinformación acerca de los beneficios de la lactancia materna no solamente para los lactantes sino también para las madres y el núcleo familiar, de ahí la necesidad difundir sus beneficios.

Preparación de las madres para la lactancia y las transformaciones del entorno que las rodea La mayoría de las madres antes de su primer hijo no habían tenido ningún acercamiento a la lactancia materna y por tanto poseían poca información de la misma, lo cual generaba ansiedad y preocupación, así que recurrieron a distintas herramientas con el fin de obtener información para así poder encontrar respuesta a las dudas que se presentaron. Por tal razón se indagó acerca de las fuentes por las cuales estaban recibiendo información las madres y como se estaban preparando para la lactancia.

Teniendo en cuenta que la principal fuente de información para las madres son familiares y amigos, también se evidenció que esta fue recibida en talleres, charlas y cursos, ofrecidos por medio de programas como los hogares FAMI y los cursos psicoprofilácticos desarrollados en centros de salud, de tal forma que correspondieron a una parte importante de la información obtenida por ellas,

teniendo en cuenta que en todos los casos estas actividades correspondieron al único medio por el cual se prepararon para la lactancia, demostrando la necesidad de vigilar la calidad de la información transmitida para tal fin.

Los cursos psicoprofilácticos permiten a la madre prepararse para el proceso del parto y la llegada del bebé al hogar. Algunas madres entrevistadas refirieron que la única fuente de información que tuvieron antes de la lactancia fue por medio de estos cursos, en los cuales se trata a grandes rasgos los aspectos a tener en cuenta al momento de lactar, y se centran en asuntos relacionados con el momento del parto. Las madres entrevistadas expresaron su interés en asistir a actividades en lactancia, refiriéndose a ellas de la siguiente manera; “si le sirve a uno le enseña, he...a veces uno tiene ciertas, como preguntas y ahí las aclara dice, a bueno esto si sirve, esto no, vea pues yo no sabía esto y le enseñan a uno, si lo retroalimentan a uno muy bien” (EPE). Por consiguiente una alta participación de madres en estas actividades puede fomentar un óptimo inicio de la lactancia y conseguir una mayor permanencia en esta práctica.

CAPITULO III DISEÑO METODOLOGICO

CAUSAS DE MITOS Y REALIDADES DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS COL.GUADALUPE GRIJALVA.

Es una investigación básica porque para ampliar nuestros conocimientos necesitamos llevar a cabo una investigación, sobre distintas opiniones.

Este tipo de investigación se apoya en informaciones que provienen entre otras, de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones. Nuestra investigación es de campo, ya que luego de haber observado y cuantificado nuestra población llegaremos a saber las distintas causas de diferentes mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años de edad.

Por lo tanto dicha investigación es la siguiente: el tamaño de los pechos no influye en la lactancia. Todas las mujeres producen leche de buena calidad y en cantidad

suficiente porque la lactancia es un proceso regido por la ley de la oferta y de la demanda. En todo el periodo de gestación y durante la lactancia, la mujer necesita una dieta balanceada: no hay alimentos que aumentan o disminuyen la producción de leche. A mayor succión corresponde una mayor producción de leche.

Si las madres están embarazadas de otro bebé deben dejar de amamantar: Algunas hormonas que el cuerpo produce en el período de gestación, pueden cambiar el sabor de la leche (¡pero no su calidad!) y por lo tanto el niño podrá progresivamente dejar de lactar. ¡Falso! Las relaciones sexuales no dañan la leche.

El calostro (la leche que la madre produce en los primeros tres días después del parto) debería ser desechado porque es sucio y antihigiénico por supuesto que no el calostro no se debe desechar porque contiene muchos nutrientes y factores de defensa que fortalecen el sistema inmunológico del bebé. Es como una vacuna. Es amarillo porque está rico en beta carotenos (una sustancia que previene muchas enfermedades). Además contiene proteínas, vitaminas y es altamente nutritivo. La lactancia debe iniciar en la primera media hora después del parto. La madre no debe esperar a que baje la leche blanca para dar de amamantar. La leche materna hace que los niños crezcan sanos, fuertes e inteligentes. Hay que amamantar niños y niñas por el mismo tiempo, sin diferencias. Los bebés deben ser alimentados sólo con leche materna hasta los 6 meses. De los 6 meses hasta los dos años, hay que complementar el consumo de leche materna con otros alimentos. El biberón es inofensivo e higiénico La leche está compuesta en un 90% de agua, por lo tanto los bebés no necesitan líquidos adicionales. La mejor manera de fortalecer el bebé es dándole leche materna todas las veces que la pida. Si la diarrea es severa, consulte el médico. Una higiene incorrecta en los utensilios de alimentación de nuestro bebé, puede provocar infecciones. El uso prolongado del biberón perjudica a la dentición y al habla del niño y de la niña.

Conceptos:

Investigación: es un proceso intelectual y experimental que comprende un conjunto de métodos aplicados de modo sistemático, con la finalidad de indagar sobre un asunto o tema, así como de ampliar o desarrollar su conocimiento, sea este de interés científico, humanístico, social o tecnológico. Existen factores que pueden prevenir estas causas de morbilidad y mortalidad exitosamente, entre los cuales destacan los hábitos saludables de alimentación y la lactancia materna exclusiva en niños de 0 a 2 años en la col.guadalupe Grijalva.

Documental: es la expresión de un aspecto de la realidad, mostrada en forma audiovisual. La organización y estructura de imágenes y sonidos (textos y entrevistas), según el punto de vista del autor, determina el tipo de documental. Es recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas; beneficios; en el lactante contribuye a prevenir enfermedades respiratorias y gastrointestinales, propicia el crecimiento adecuado tanto físico, cognitivo y mental. En la madre, evita hemorragias post-parto, previene el cáncer de mama, de ovario, osteoporosis y ayuda a la involución uterina.

Transversal: es un método no experimental para recoger y analizar datos en un momento determinado. Es muy usada en ciencias sociales, teniendo como sujeto a una comunidad humana determinada. ... Los estudios con este tipo de diseño ofrecen resultados más descriptivos que experimentales. El conocimiento y la práctica de la lactancia materna es materia de interés para toda institución y personal de salud, pues ésta tiene repercusiones importantes sobre el crecimiento y desarrollo del recién nacido, llegar a un explicación sobre los mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años de edad.

Definición básica: es una sección opcional del trabajo, es una especie de glosario que se hace del planteamiento del problema y el mismo sirve para clarificar mejor el problema, para evitar ambigüedades en los términos usados para plantearlo. Con ello se gana mayor claridad en la investigación. Información que se da a la mujer

que está en periodo de gestación acerca de la alimentación al seno materno sobre los mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años de edad.

Por lo tanto se realizara una encuesta a diferentes madres de familia sobre las diferentes causas de mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años de edad.

PREGUNTAS:

- 1.- ¿Qué cantidad diaria de leche debe tomar mi bebé?
- 2.- ¿Hay que darle agua al bebé que toma el pecho?
- 3.- ¿Puedo seguir amamantando si me quedo embarazada?
- 4.-¿La alimentación con leche materna previene la desnutrición y la obesidad infantil?
- 5.- ¿Qué ocurre cuando un niño succiona el pezón?

3.3 POBLACIÓN:

3.3.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL: Localización de Guadalupe Grijalva

Guadalupe Grijalva se localiza en el Municipio de frontera Comalapa del Estado de Chipas México y se encuentra en las coordenadas GPS:

Longitud: -92.163333

Latitud: 15.702222

La localidad se encuentra a una mediana altura de 630 metros sobre el nivel del mar.

Para ello, esto se divide en:

3.3.1.1 MACROLOCALIZACIÓN:

(1980)

La población total de Guadalupe Grijalva es de 945 personas, de cuales 473 son masculinos y 472 femeninas.

Edades de los ciudadanos

Los ciudadanos se dividen en 418 menores de edad y 527 adultos, de cuales 74 tienen más de 60 años.

Habitantes indígenas en Guadalupe Grijalva

4 personas en Guadalupe Grijalva viven en hogares indígenas. Un idioma indígena hablan de los habitantes de más de 5 años de edad 3 personas. El número de los que solo hablan un idioma indígena pero no hablan mexicano es 0, los de cuales hablan también mexicano es 3.

Estructura social

Derecho a atención médica por el seguro social, tienen 17 habitantes de Guadalupe Grijalva.

Estructura económica

En Guadalupe Grijalva hay un total de 189 hogares.

De estas 187 viviendas, 30 tienen piso de tierra y unos 26 consisten de una sola habitación.

157 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, 172 son conectadas al servicio público, 175 tienen acceso a la luz eléctrica.

La estructura económica permite a 2 viviendas tener una computadora, a 27 tener una lavadora y 146 tienen una televisión.

Educación escolar en Guadalupe Grijalva

Aparte de que hay 57 analfabetos de 15 y más años, 20 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela.

De la población a partir de los 15 años 9 no tienen ninguna escolaridad, 366 tienen una escolaridad incompleta. 111 tienen una escolaridad básica y 68 cuentan con una educación post-básica.

Un total de 54 de la generación de jóvenes entre 15 y 24 años de edad han asistido a la escuela, la mediana escolaridad entre la población es de 6 años.

El clima que se registra en todo el territorio de Frontera Comalapa es Cálido subhúmedo con lluvias en verano, la temperatura media anual registrada en la mayor parte del territorio fluctúa entre los 24 y 26°C, la zona sur del territorio, ocupada por la Sierra Madre de Chiapas, registra una temperatura media de 26 a 28°C la precipitación media anual se encuentra entre los 2,000 y los 1,000 mm

La actividad preponderante (además de la agricultura y la ganadería) es el comercio. Es una ciudad en donde predomina la multiculturalidad por la migración constante

La religión dominante es el cristianismo, y la iglesia católica es la que cuenta con más fieles. Aparece un número creciente de testigos de Jehová, Evangélicas y de alguna otra denominación del protestantismo histórico tales como la Iglesia Bautista e Iglesias Pentecostales de Dios.

Guadalupe Grijalva es ejido que emerge de una combinación de culturas, su desarrollo ha sido paulatino pero constante, con gran apertura al comercio y a la inmigración centroamericana. Es una ciudad que demanda servicios de salud adecuados para el crecimiento poblacional ya que no cuenta con hospitales de segundo o tercer nivel, solo centros de atención primaria. No existen universidades públicas por ello existe gran migración de estudiantes que aspiran a una formación universitaria. La ciudad carece de teatros, museos, sala de conciertos y cine.

El ejido Guadalupe Grijalva es uno de los 122 municipios que conforman el estado mexicano de Chiapas. Se encuentra ubicado en la zona fronteriza del estado. Su cabecera, la localidad de Frontera Comalapa, recientemente fue

catalogada como "ciudad". Se localiza en los límites de la Sierra Madre de Chiapas y la depresión central.

El principal río del municipio es el río Grijalva que en su corriente alta atraviesa el municipio en sentido este-oeste, así mismo tiene números afluentes entre los que se encuentran los ríos San Gregorio, Grande, Cushi, Jocote, Sabinada y San Caralampio. Pertenece a la Cuenca del río Grijalva-La Concordia y a la Región hidrológica Grijalva-Usumacinta. En el municipio se encuentra el extremo sur del embalse de la Presa Angostura o "Belisario Domínguez".

Para efectos de nuestra investigación, el estudio se focaliza en la unidad médica rural a de la col.Guadalupe Grijalva municipio de frontera Comalapa Chiapas actualmente esta clínica está a cargo de la enfermera Arelis Noemí García Figueroa Colindancias de la unidad médica rural:

Al oriente con el jardín de niños y niñas Josefa Ortiz de Domínguez

Al poniente con el domicilio del sr.Flaviano morales

Al norte libramiento y casa del sr. Ángel calderón

Al sur con la escuela primaria José Emilio Grajales.

3.3.2.-UNIVERSO O POBLACIÓN

La población de la investigación denominada "mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años "está conformada por madres de familia multíparas y primerizas menores de 18 años de edad.

3.4. MUESTRA. Para la presente investigación la muestra es de tipo no probabilística, ya que para el cálculo de su tamaño no se utilizan formulas estadísticas, dicho tamaño se define de acuerdo al criterio del investigador. El tamaño de la muestra de la tesis "mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años de edad de la col.guadalupe Grijalva".

El tamaño de la muestra es de 50 madres de familia que tengan niños de 0 a 2 años de edad.

3.5.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

EJEMPLO 1: DE LA TESIS DENOMINADA “mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años de edad” Los alumnos de 9º Cuatrimestre de Lic. En Enfermería de la Universidad del Sureste, estamos realizando una investigación con motivo de la elaboración de nuestra tesis. La siguiente encuesta tiene como propósito recopilar información acerca de los conocimientos que tienen las madres de familia sobre la lactancia materna. Por lo cual, solicitamos a usted pueda colaborar respondiendo las siguientes preguntas.

ASPECTOS GENERALES. Marque con una X en la respuesta que usted considera correcta. Edad: _____ Ocupación: _____
Procedencia: _____

Estado civil: () soltera () casada () viuda () divorciado () unión libre

Escolaridad: () primaria () secundaria () preparatoria () universidad

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS Gesta: _____ partos: _____
cesáreas: _____ abortos: _____ IVSA: _____ Menarca: _____ FUP: _____
FUR: _____

CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

1.- ¿Cuánta leche tiene que tomar un bebé al día?

- a) medio litro de leche b) dos litros c) un litro

2.- ¿Cuándo hay que dejar de dar el pecho?

- a) 6 meses b) hasta los dos años y medio c) un año

3.- ¿Cuándo debo empezar a darle pecho a mi bebé?

- a) 3 días b) posterior al parto. c) siguiente día

4.- ¿Cuánto tiempo tiene que durar la toma?

- a) 20 minutos b) 30 minutos c) pecho demanda

5.- ¿Debo darle líquidos suplementarios?

- a) Si b) no c) ninguna de las anteriores

6.- ¿Es posible alimentar a dos gemelos exclusivamente con leche de la madre?

- a) No b) si c) algunos casos

7.- Las madre que tienen los pechos pequeños o que tienen los pezones planos o invertidos, no podrán amamantar o producirán menos leche:

- a) Falso b) cierto c) Algunos casos

8.- ¿Qué hormona hace que su cuerpo produzca leche?

- a) Estrógenos b) prolactina c) progesterona

Existen tres técnicas de recolección de datos, que una vez ejecutadas y al combinarse sus resultados, permiten realizar el análisis de datos hasta que estos se conviertan en información.

Este proceso permite al investigador, comprobar la hipótesis y diseñar su marco metodológico y/o propuestas de mejora.

La información utilizada en esta tesis denominada “mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años de edad”, fue obtenida de diferentes fuentes que se detallan a continuación.

3.5.1.-Investigación bibliográfica:

Obtuvimos información en internet, libros, manuales, guías de práctica, artículos científicos, revistas de divulgación científica, leyes vigentes y de diferentes autores.

3.5.2.-Aplicación de encuestas a la muestra de la población:

Para efectos de la recolección de datos se aplicaron un total de mujeres de 18 a 30 años que vivan en la col.guadalupe Grijalva municipio de frontera Comalapa Chiapas.

3.5.3.-Aplicación de entrevistas a expertos:

Aplicación de entrevistas a expertos del tema “Mitos y realidades de la Lactancia materna en niños de 0-2 años”. Durante el periodo mayo – junio 2020, aplicamos entrevistas semi estructuradas a especialistas en el área de la salud para conocer con mayor profundidad el tema.

Enseguida se muestra el formato de entrevista aplicada a los expertos.

A continuación, se presenta el cuestionario realizado en la entrevista.

- 1.- ¿Para usted que es la lactancia materna?
- 2.- ¿Cuál es el tiempo adecuado para la lactancia materna?
- 3.- ¿Por qué es importante saber sobre la lactancia materna?
- 4.- ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna para la madre de familia y para el menor?
- 5.- ¿Cuáles son los factores de riesgo de la lactancia materna?
- 6.- ¿Cuáles son las causas del rechazó de la ejecución de la lactancia materna?
- 7.- ¿Cuáles son las contraindicaciones durante el amamantamiento?
- 8.- ¿Qué opina usted de nuestra hipótesis?” Cuanto menor sea el numero e hijos de las mujeres mayor será la disposición de las madres de familia para la realización de la lactancia materna”.

ENTREVISTA A UN PSICÓLOGO

A continuación se presenta el cuestionario de la entrevista realizada al psicólogo.

Los alumnos de 9º. Cuatrimestre de Lic. En Enfermería de la Universidad del Sureste, estamos realizando una investigación con motivo de la elaboración de nuestra tesis. Por lo cual, solicitamos a usted pueda colaborar respondiendo las

siguientes preguntas. Agradecemos su participación y le aseguramos que los datos obtenidos serán tratados de forma confidencial.

1. ¿Usted cree que una madre de familia puede tener cambios emocionales al dar a luz?
2. ¿Cómo considera la calidad de vida de una madre durante la lactancia?
3. ¿El ámbito emocional de una madre en lactancia repercute en su peso?
4. ¿Qué recomendaciones daría a las madres después de dar a luz para mantener equilibrado su estado emocional?
5. ¿Cuáles de los factores psicosociales influyen en el bajo peso de la madre?
6. ¿A qué problemas se enfrenta el recién nacido al ser rechazado por la madre?
7. ¿Será beneficioso que la madre este cerca del recién nacidos después del rechazo?
8. ¿Para usted considera que una madre de familia puede contraer más rápido una enfermedad al estar en un bajo equilibrio emocional?
- 9) ¿Qué tipo de actividad física recomendaría para mejorar su estado emocional de una madre en lactancia?
10. ¿Acepta o rechaza la hipótesis? ¿Por qué?

HIPOTESIS: ?” Cuanto menor sea el número e hijos de las mujeres mayor será la disposición de las madres de familia para la realización de la lactancia materna.

Mitos y realidades de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años.

Nosotros iremos a la col. Guadalupe Grijalva que colinda con barrio la sabinada municipio de frontera Comalapa Chiapas, se citaran a todas las mujeres embarazadas, puérperas y que tengan niños 0 a 2 años de edad a una plática sobre

mitos y realidades de la lactancia materna el cual también explicaremos los beneficios, factores de riesgo tanto para la madre y recién nacido, técnicas de amamantamiento, prevención, complicaciones, que se llevara a cabo en la unidad médica rural de la col.guadalupe Grijalva.

El problema de estudio menciona que el mantener la práctica de la lactancia materna disminuye gastos y enfermedades innecesarias debido a que las fórmulas infantiles pueden contener bacterias dañinas para el organismo del recién nacido ocasionando graves infecciones.

Se reconoce la importancia de los problemas de nutrición que existe en esta etapa de la vida, ya que estos reflejan la existencia de obstáculos para obtener un estado de nutrición saludable, el éxito de la lactancia se basa en una buena información recibida antes y después del nacimiento.

La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.

Al paso de los tiempos y con los cambios en el estilo de vida de las personas se han hecho una serie de investigaciones en las cuales se plasman de manera general aspectos básicos e información encaminada a mejorar la nutrición del recién nacido.

En cuanto a los resultados se encontró, que de los factores relacionados con la suspensión de la lactancia materna, fueron de origen materno como infecciones, falta de producción de leche y el rechazo a la alimentación al seno materno, las principales fueron el que el bebé no se saciara y la decisión de la propia madre, dichas causas estaban relacionadas con dificultades en la lactancia, es decir, poca leche o bien hambre del bebé y problemas personales.

Hábitos de las mujeres para incrementar la producción de leche; Se recomienda comer al menos cinco frutas y verduras al día. Los alimentos con almidón, como el pan integral, las proteínas de las carnes magras, las legumbres y

los productos lácteos (leche, queso y yogur), también deberían incluirse en la dieta durante la lactancia materna.

Existen mitos que pueden llegar alterar el desarrollo de la lactancia como el mencionado por una de las madres, en el cual afirmaba que “no lactar al niño le ayuda a bajar de peso”, estas falsas creencias generan en las madres dudas respecto a la lactancia, provocando que algunas abandonaran esta práctica durante los primeros meses de vida de sus hijos. No obstante, “Una buena comprensión de las creencias locales, costumbres y tradiciones relacionadas con la lactancia materna puede ayudar a los profesionales de la salud y los defensores de la lactancia materna a proporcionar un mejor apoyo y el asesoramiento más adecuado para las madres que amamantan.

Una de las principales problemáticas al hablar de lactancia es la desinformación por parte de la población en cuanto a los beneficios de esta práctica, a pesar de que existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad, en todos los países del mundo.

El equipo de investigadores decide acudir en la col. Guadalupe Grijalva en la fecha 3 de julio lo vamos a citar en la unidad médica rural a las mujeres embarazadas y aquellas que tengan niños de 0 a 2 años de edad y los vamos a enseñar través de una sesión informativa con duración de 45 minutos al final se entregaran a cada una un tríptico con la información importante.

FACTORES DE RIESGO

- Riesgo de padecer obesidad
- Riesgo de un sistema inmune débil
- Riesgo a padecer alergias
- Riesgo de un buen vínculo madre-hijo

- Riesgo de bajo rendimiento escolar
- Riesgo de bajo peso
- Riesgo de apego y estabilidad emocional

MITOS Y REALIDADES DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



¿QUÉ ES LA LACTANCIA MATERNA?

Es la forma ideal de alimentar a lactantes y niños pequeños ya que aporta nutrientes que necesita para un crecimiento y desarrollo saludable.

¿A QUE SE LE LLAMA CALOSTRO?

Leche amarillenta y espesa perfecta para el recién nacido el cual su administración debe comenzar la primera hora de vida

MITOS/REALIDADES

1.- Si tienes glándulas mamarias pequeño no puedes amamantar.

El tamaño de las glándulas mamarias no influye en la lactancia

2.-Debes desechar el calostro porque es antihigiénico.

El calostro contiene nutrientes y anticuerpos que fortalecen el sistema inmune del niño.

3.- Las formulas infantiles son equivalentes a la leche materna.

Ningún alimento es equivalente a la leche materna ni ofrece los mismos beneficios.

BENEFICIOS

- Reduce la probabilidad de alergias.
- Ayuda al crecimiento físico.
- Promueve el desarrollo intelectual.
- Disminuye el riesgo de obesidad.
- Reduce riesgo de diabetes Tipo 1.
- Fortifica su seguridad.
- Acrecentá lazos madre-hijo.
- Evita la mortalidad por infecciones estomacales y diarrea

CONCLUSION

En esta tesis se presenta el estado del arte en lactancia materna; los efectos de las prácticas inadecuadas de lactancia materna en la salud de los niños y las madres y los costos que representan; el entorno y las barreras culturales, sociales, familiares, regulatorias, legales y políticas para una lactancia materna; así como una serie de recomendaciones de política pública para el país.

La evidencia científica indica que la lactancia materna es la estrategia más costo-efectiva, que beneficia a los niños, mujeres y la sociedad en general, ya que disminuye la morbilidad en el corto y largo plazos, reduce la mortalidad infantil en el corto plazo y favorece el desarrollo del capital humano. Varios decenios de investigación científica han generado evidencia a nivel mundial sobre cuáles son las prácticas de lactancia materna óptima y los beneficios de éstas. La Organización Mundial de la Salud emite las recomendaciones prácticas de alimentación infantil, donde la madre y el bebé gozan de los beneficios físicos, emocionales y económicos que se generan cuando se logran adecuadas prácticas de lactancia materna.

Los niños que son amamantados al seno materno según la recomendación actual tienen menor riesgo de enfermarse o morir de infecciones y otras morbilidades en el primer año de vida, y en la edad adulta de padecer enfermedades crónicas como obesidad, diabetes tipos 1 y 2, entre otras. Por otro lado, existe evidencia que indica que la lactancia materna resulta en un mayor coeficiente intelectual, mejor rendimiento escolar y mayores ingresos en la etapa adulta, lo que favorece la generación de capital humano. Asimismo las familias y la sociedad reciben los beneficios de las prácticas adecuadas de lactancia materna a través del ahorro en el costo de atención, medicamentos, hospitalización y en el tratamiento de las enfermedades infecciosas en el corto plazo, así como en aquel de enfermedades crónicas en la etapa adulta. El beneficio también es para la madre que ofrece su leche, ya que disminuye el riesgo de desarrollar cáncer de mama y ovario, diabetes tipo 2 o depresión posparto. En los últimos años en México se ha documentado el terrible deterioro de las prácticas de lactancia. La prevalencia de lactancia materna

exclusiva es de las más bajas entre los países de América Latina, en especial en las zonas rurales.

Algunos ejemplos de barreras son la ausencia de legislación estricta a favor de esta práctica y la presencia de rechazo o prejuicios sociales; las dificultades para que se combine esta práctica con el ambiente laboral; la inexperiencia de las mujeres o el desconocimiento de las técnicas adecuadas, falta de confianza en sí mismas para lograrla; y la influencia que tienen los familiares o parejas en la decisión de dar lactancia o cómo darla. De igual manera, a pesar de contar con un Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (Código), las madres de niños menores de 2 años de edad, la población en general y el personal de salud aún están expuestos a publicidad masiva de fórmulas lácteas y todos los mecanismos empleados para promover su uso entre las madres lactantes. Existe evidencia sobre la efectividad de estrategias para mejorar las prácticas de lactancia. La consejería sobre lactancia materna, sobre todo durante el inicio de la lactancia y a lo largo de todo el proceso, ha mostrado ser uno de los métodos con mayor éxito. Por otro lado, afortunadamente en el mundo existen ejemplos promisorios de cómo mejorar las prácticas de lactancia materna a nivel nacional como resultado de la implementación de varias acciones coordinadas en distintos niveles (incluida la presidencia). Brasil logró el aumento en la duración de la lactancia a través de la implementación íntegra del Código, acción clave para el éxito de su campaña. A pesar de la evidencia que sustenta la importancia de la lactancia materna, y de al menos 15 años de abogacía y negociación en este tema, en México los esfuerzos para generar un ambiente que favorezca, proteja y apoye la lactancia materna han sido casi nulos. No obstante, existen propuestas valiosas para cambiar la situación actual. Un ejemplo claro es la Estrategia Nacional de Lactancia Materna que pretende concretar acciones y metas para incrementar la duración y el apego a prácticas adecuadas de lactancia materna en la población mexicana.

BIBLIOGRAFIA

1. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. [Online].; 2016 [cited 2017 ABRIL 20. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
2. PLANIFICACION FAMILIAR UN MANUAL MUNDIAL PARA PROBEEDORES. [Online]. LA HABANA: USAID; 2011 [cited 2017 04 20. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf.
3. FEDERACION INTERNACIONAL DE GINECO OBSTETRICIA. FIGO. [Online].; 2009 [cited 2017 04 20. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.figo.org/sites/default/files/PAC%2520consensus%2520statement_Spanish_final_for%2520web.pdf.
4. NORMA TECNICA DE SALUD DE PLANIFICACION FAMILIAR. MINSA. [Online].; 2016 [cited 2017 04 20. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016-MINSA.pdf.
5. METODOS ANTICONCEPTIVOS GUIA PARA PROFESIONALES DE SALUD. MINSA. [Online].; 2012 [cited 2017 04 20. Available from: <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-PractMAC-completa.pdf>.
6. PLANIFICACION FAMILIAR. MINSA. [Online].; 2014 [cited 2017 04 20. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2014/planfam/index.html>.
7. VILLAR E, RUIZ D, VALENZUELA C. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL METODO DE LA LACTANCIA AMENORREA COMO RECURSO ANTICONCEPTIVO. Rev Cubana Enfermer. 2003 MAYO; IXX(2).
8. ORDOÑEZ K. Repositorio Universidad Nacional de Loja. [Online].; 2010 [cited 2017 04 20. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6599/1/TESIS%20DE%20 GRADO.pdf>. 92
9. GUERRERO J. DSpace de la Universidad del Azuay. [Online].; 2013 [cited 2017 04 20. Available from: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2778/1/09847.pdf>.
10. CONDORI V. Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional del Altiplano Puno. [Online].; 2015 [cited 2017 04 20. Available from: http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/1894/Condori_Alanoca_Veronica_Vanessa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
11. MEJIA C. CONOCIMIENTO DEL METODO DE LA LACTANCIA MATERNA - AMENORREA. REVISTAS ULADECH. 2015 Apr; 1(1).
12. LEON L. TESIS UNMSM. [Online].; 2014 [cited 2017 04 20. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/363/1/Le%C3%B3n_lp.pdf.

13. ALEJO K. REPOSITORIO DE TESIS UCSM. [Online].; 2015 [cited 2017 04 20. Available from: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3382/63.0648.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
14. FLORES H, FERRO M. TESIS UNMSM. [Online].; 2006 [cited 2017 04 20. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2975/1/Ferro_sm.pdf.
15. PAREJA Z, MERE R. TESIS UNMSM. [Online].; 1997 [cited 2017 04 20. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/993>.