

INTRODUCCIÓN

(Cabezuelo, 2013) Afirma:

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) es un proceso fundamental para la salud y desarrollo de los/as niños/as, sin embargo, no ha logrado mantenerse por el periodo recomendado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud lo cual constituye un gran problema considerando que el abandono de la lactancia materna es un potencial factor de riesgo para el aumento de la frecuencia de enfermedades durante el primer año de vida. A este respecto las evidencias demuestran que niños/as menores de seis meses, tienen de cinco a diez veces más probabilidades de enfermar en esta etapa si son alimentados con fórmulas lácteas.

Según la OMS en el 2003 la gran mayoría de las madres pueden y deberían amamantar a sus hijos/as, del mismo modo que la mayoría de los/as lactantes pueden y deberían ser amamantados/as. Sólo en circunstancias excepcionales puede considerarse inadecuada para un/a lactante la leche de su madre, en esas escasas situaciones en que los/as lactantes no pueden, o no deben, ser amamantados/as, la elección de la mejor alternativa debería ser de resorte profesional y dependerá de cada circunstancia.

Se acepta que, conocimiento, creencia y actitud son los principales factores predisponentes de las prácticas en salud; los valores y percepciones definen las fuerzas motivacionales e intencionales previas a estas prácticas, las que tienen implicancias reales en la salud tanto individual como grupal. Investigar los niveles de conocimiento, científicos y empíricos de las personas con respecto a la práctica de LME, es

fundamental para identificar más claramente sus características y así comprender mejor las prácticas de amamantamiento de la población.

Estos aspectos son indispensables para elaborar estrategias que logren un impacto significativo en la mantención de la LME. Explicar el por qué y cómo las personas adoptan ciertas conductas que tendrán efectos en su propia salud y en la de los demás, como es el caso de la práctica del amamantamiento, ha sido y será un propósito válido de seguir investigando, más aún, considerando que entender los determinantes comportamentales y sociales de las prácticas de salud, es requerimiento básico para el desarrollo exitoso de intervenciones educativas de promoción orientadas a predisponer, facilitar o reforzar ciertas conductas. Mientras más se logre saber de los factores que subyacen al comportamiento, la probabilidad de influir en las nuevas decisiones y prácticas de las personas es mayor.

La buena alimentación en los niños lactantes pequeños de 0 a 12 meses es necesaria, en este periodo, el aporte adecuado de proteínas, hidratos de carbono, lípidos, minerales, vitaminas y agua para cubrir el mantenimiento de las funciones basales, el gasto energético y la demanda propia de la formación de nuevos tejidos.

La alimentación complementaria significa dar al niño otros alimentos además de la leche materna (o sustituta de la leche materna). Una buena alimentación es clave para nuestro bebé. Por eso cuando iniciamos la alimentación complementaria a los padres y madres nos surgen un montón de preguntas sobre si estamos dando la comida adecuada en el momento correcto, es por eso que haremos mención de alimentos adecuados conforme a los meses del pequeño.

El único alimento que debe tomar el bebé es leche materna o de fórmula. La lactancia materna durante los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. El calostro es la primera leche, es más amarillenta, contiene gran cantidad de proteínas e inmunoglobulinas (sustancias anti infecciosas) y aporta muchas calorías en pequeño volumen, protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales.

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos. Es por eso que a continuación se mencionaran algunos tipos de alimentos de acuerdo al número de meses del bebe.

Durante los 0 a 6 meses el único alimento que debe tomar él bebe es la leche materna. 6 y 7 meses los alimentos que deben ingerir los bebes son la leche (materna o de fórmula), cereales con gluten, verduras y frutas. A los 8 y 9 meses de edad podemos seguir aumentando la variedad de frutas, verduras, carnes blancas y pescados. Además, se suelen introducir el huevo y legumbres con piel. En los 10, 11 y 12 meses pueden empezar a tomar algunos lácteos de leche de vaca, como por ejemplo yogures naturales y entre otras cosas.

Durante los 24 meses él bebe empieza a comer lo esencial conforme a su edad, deberá comer alimentos nutritivos, ya que los niños a esa edad quieren empezar a experimentar nuevas comidas, así que debemos de ser cuidadosos al momento de darles los alimentos, y por ello debemos cuidar

pues que los alimentos sean preparados en casa, que no contengan grasas saturadas, que sus manos estén limpias antes de comer al igual que los alimentos, debido a que las manos son portadoras de un sinnúmero de gérmenes.

(Muñoz, 2010) Menciona:

La leche materna es el alimento ideal para el bebé, ya que contiene todos los elementos nutritivos que necesita para su crecimiento y desarrollo, así como las sustancias que lo protegen contra infecciones y alergias, la leche materna es una combinación de nutrientes, células, hormonas, factores de crecimiento, inmunoglobulinas, enzimas que ejercen una importante interrelación entre la madre y su bebé, es de fácil digestión, lo que disminuye los cólicos del bebé. La leche tiene los líquidos y electrolitos suficientes para su hidratación, tiene la mejor biodisponibilidad de hierro, calcio, magnesio y zinc y favorece el desarrollo emocional e intelectual y previene problemas de salud mental a futuro.

Si bien como se ha venido mencionado con anterioridad la leche materna es de vital importancia para la nutrición, crecimiento y para la inmunidad del recién nacido, por que como se ha dicho la leche materna ayuda a combatir ciertas enfermedades. Una de las enfermedades que puede llegar a ser mortales en recién nacidos o en lactantes son las enfermedades intestinales, debido a que la diarrea o vómitos causan deshidratación severa y por lo consiguiente la muerte del lactante. Todo esto es debido a que puede ser que la madre le de alimentos que no están indicados antes de los 6 meses debido a que el estómago del bebe no está adaptado para alimentos muy concentrados.

Durante el recorrido del siguiente proyecto se mencionará la importancia de la lactancia materna en niños durante el primer año de vida.

Por otra parte, mencionaremos los riesgos de sufrir desnutrición y obesidad dentro de los primeros dos años de vida, y también explicaremos a que se debe, ya que, aunque no parezca son una de las enfermedades que con más frecuencia se desarrolla en los niños de esa edad. Y así como se presentan esas enfermedades también se presenta la llamada inapetencia. La cual consiste en que los niños dejan de comer y los factores pueden variar, ya que se puede deber a que estén enfermos o que se sientan desanimados.

En este contexto la presente investigación puede ser una importante herramienta para el diseño de estrategias de intervención que busquen promover, mantener y/o mejorar las prácticas de lactancia materna exclusiva de la población.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA”

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La lactancia Materna constituye en un cimiento fundamental de promoción de salud y suspicacia de diversas enfermedades no solo en los países del tercer mundo sino también en países de mayor desarrollo socioeconómico. La lactancia Materna es una práctica en definitiva para el crecimiento y desarrollo sano del recién nacido, muchos estudios confirman que la leche Materna es un alimento perfecto durante los primeros seis meses de vida además tiene la singularidad de proporcionar diversos factores inmunológicos que brindan protección ante enfermedades infecciosas, del tracto digestivo y las vías respiratorias y no desencadenan enfermedades alérgicas, la lactancia Materna favorece la relación psicoactivas durante el desarrollo entre la madre y el niño.

La leche Materna es el alimento perfecto para los recién nacidos y lactantes, es inocente provee todos los nutrientes necesarios para un buen desarrollo, contiene antitoxinas que ofrecen protección contra enfermedades comunes de los lactantes. La lactancia Materna promueve el mejoramiento sensorial y cognitivo, protege al niño de las enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia Materna reduce la morbilidad del lactante por enfermedades habituales de la infancia tales como enfermedades del tracto respiratorio y del tracto digestivo y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.

Cada año nuevas evidencias científica y epidemiológica ayuda al conocimiento sobre el papel de la lactancia Materna exclusiva en el crecimiento y desarrollo de los niños, así como en la salud y bienestar de las madres .Desde principios de los años noventa ha habido incremento en los índices de lactancia materna exclusiva, aunque estos siguen siendo muy bajos en países en vías de desarrollo y una baja continuidad de lactancia materna con prácticas inadecuadas de alimentación complementaria aún está muy generalizada.

La lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe solo leche del pecho de su madre o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún otro tipo de líquidos o sólidos ni siquiera agua, con excepción de medicamentos, suplementos de vitaminas y minerales. Se ha evidenciado que las madres obvian el lavado de manos, la limpieza de los pezones lo realizan con su misma ropa y con su propia leche, en cuanto a la técnica algunas madres introducen el pezón a la boca del recién nacido sin tener ningún cuidado de higiene, también adoptan posturas incorrectas acomodándose a la posición del lactante, cogen los senos en forma de pinza e introducen solo el pezón, sin invertir el labio inferior del niño.

La lactancia materna es la intervención preventiva que existe para evitar muertes de menores de cinco años. Las investigaciones indican que alrededor de un 20% de muertes neonatales podrían prevenirse si todos los recién nacidos tomaran leche materna durante su primera hora de vida.

Los niños que reciben lactancia materna durante los seis a nueve meses tienen más seis puntos de IQ, que los niños que reciben leche materna por menos tiempo. La lactancia Materna ayuda a controlar la hemorragia post

parto ayuda a reducir el riesgo de tener cáncer de senos y de ovario, diabetes de tipo 2.

La lactancia materna proporciona al niño (a) las sustancias nutritivas y vitales que necesita para su crecimiento y desarrollo, protección contra enfermedades alérgicas e infecciosas, seguridad emocional y amor, así mismo ofrece beneficios sobre la salud de la madre y ayuda a establecer un vínculo afectivo entre ella y su hijo. Cuando este contacto estrecho se establece inmediatamente después de que el niño(a) nace a través del amamantamiento inmediato, hay un incremento y desarrollo rápido del apego entre la madre y el niño.

La Lactancia Materna llamada alimentación natural debe iniciarse inmediatamente después del parto. La primera mamada debe tener lugar en la cama o en la mesa de parto, inmediatamente de haber expulsado la placenta.

Una lactancia hasta el sexto mes de vida favorece un adecuado crecimiento y progreso, impactando en causas evitables de morbimortalidad infantil, sin distinción de nivel socioeconómico o trabajo materno. Un mejor conocimiento de los beneficios de la Lactancia Materna está asociado al inicio temprano y mayor duración de Lactancia materna (LM). La educación en salud, las intenciones prenatales, experiencias de amamantamiento y el apoyo a la madre, inciden en el inicio o suspensión temprana de la Lactancia Materna.

La OMS sugiere "mantener como patrón fundamental la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses y luego, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida, pero hay países lejanos a esta meta.

En el transcurso de nuestra experiencia profesional hemos observado que en nuestra región las madres usuarias desconocen sobre los beneficios de una lactancia materna, no se realizan programas educativos acerca de las conductas óptimas de lactancia materna ya sea en forma individual y grupal. Las madres tienen escasos datos acerca de los componentes de la leche materna. De acuerdo con todo lo anterior, sugerimos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres del Barrio Cuernavaca sobre la importancia de la Lactancia Materna en los niños durante el primer año de vida?

1.2 .FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Qué es la Lactancia Exclusiva (LME)?
2. ¿Cuál es la importancia de la lactancia materna en los niños durante el primer año de vida?
3. ¿Poseen información las madres del Barrio Cuernavaca sobre la importancia de la lactancia materna en los niños durante el primer año de vida?
4. ¿Conocen los beneficios de la Lactancia materna en el niño menor de un año las madres del Barrio Cuernavaca?
5. ¿Saben las madres del Barrio Cuernavaca el concepto de Calostro y sus beneficios?
6. ¿Identifican las madres del Barrio Cuernavaca los riesgos de no proporcionar lactancia materna a los niños durante el primer año de vida?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GENERAL

Evaluar el nivel de conocimiento de las madres del barrio Cuernavaca, Frontera Comalapa sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva en los niños durante el primer año de vida.

1.3.2 ESPECIFICOS

- Explicar ampliamente a las madres del Barrio Cuernavaca el concepto de Lactancia Materna Exclusiva y todas sus generalidades.
- Informar a las madres del Barrio Cuernavaca la importancia de la Lactancia Materna en los niños durante el primer año de vida.
- Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres del Barrio Cuernavaca sobre la importancia de la Lactancia Materna en los niños durante el primer año de vida.
- Enlistar los beneficios de la Lactancia Materna en los niños durante el primer año de vida.
- Definir el concepto de Calostro y sus respectivos beneficios.
- Describir los riesgos que conlleva la falta de la lactancia Materna en los niños durante el primer año de vida.

1.4.- HIPÓTESIS

Hi:

La falta de información de las madres del Barrio Cuernavaca sobre la importancia de la lactancia materna en los niños durante el primer año de vida provoca problemas nutricionales.

Ha:

Cuanto mayor sea la información proporcionada a las mujeres del Barrio Cuernavaca sobre la importancia de la Lactancia materna en los niños durante el primer año de vida, menor será el riesgo de padecer problemas nutricionales.

1.5.- JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna, que en condiciones apropiadas, es la opción más saludable para la alimentación de los lactantes y la OMS (2003) la recomienda de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida y con alimentos complementarios hasta los dos años de edad, o más tarde.

La bibliografía existente sugiere que la duración de la lactancia materna depende de numerosos aspectos relacionados con la madre, el niño o el apoyo de su entorno. Se ha identificado la influencia sobre la duración de la lactancia materna de factores sociodemográficos como la edad materna, el nivel de estudios, el trabajo o el país de origen, biomédicos como el peso del recién nacido, el tipo de parto o el dolor de la madre y psicosociales como la experiencia previa y las actitudes de la madre hacia la lactancia.

Tras el parto, la aparición de problemas (Scott, 2005), el hábito tabáquico, la toma de alcohol, el estilo de amamantamiento y la confianza de las madres se han relacionado también con el abandono de la Lactancia Materna.

Son determinantes del inicio y duración de la LM aspectos estructurales como la existencia de intervenciones de apoyo profesionales, el apoyo del entorno familiar o de otras madres y el parto en hospitales que cumplen los criterios propuestos, entre los que se encuentran disponer de una política clara relativa a la lactancia natural, formación en lactancia del personal sanitario, información y apoyo práctico a las madres, inicio precoz de la lactancia y cohabitación durante el ingreso, evitar el uso innecesario de suplementos de leche de fórmula, evitar el uso de tetinas o

chupetes y el fomento de la lactancia a demanda.

La confianza materna se puede describir a partir del concepto de “autoeficacia”, que se define como la creencia en la capacidad propia de organizar y ejecutar el curso de la acción requerida para alcanzar una meta. La expectativa de autoeficacia en la lactancia materna está influenciada por cuatro fuentes principales de información: los logros obtenidos en experiencias de lactancias pasadas, el contacto con otras madres que han ofrecido lactancia materna, el ánimo de familiares, amigos, asesores de lactancia o profesionales sanitarios y el estado físico de la madre durante la lactancia.

Uno de los objetivos de la gestión por procesos es identificar grupos homogéneos de población sobre los que definir una serie de actuaciones específicas. La medición prenatal de la autoeficacia sobre lactancia materna puede utilizarse para identificar y proveer los recursos adecuados a la población de madres con mayores dificultades para la lactancia materna. Para el contexto cultural español, actualmente no existe ningún instrumento validado y fiable que pueda ser utilizado por los servicios sanitarios.

La obtención de datos sobre la evaluación de las madres de su proceso de lactancia, está estrechamente relacionada con las actividades de apoyo profesional y puede constituir uno de los indicadores finales de calidad del proceso de atención a la alimentación del lactante en el Barrio Cuernavaca de Frontera Comalapa.

Por más sencilla que pudiera ser, la decisión de amamantar es muy personal y de suma trascendencia; sin duda, de las primeras que deberá tomar la madre. Esta acción se dificulta cuando no se tiene la información suficiente, cuando la publicidad de fórmulas lácteas infantiles es más

fuerte que la propia promoción de la LM y aún más cuando el ambiente social dificulta la práctica. El desarrollo de este proyecto permitirá, además, proveer a las madres adolescentes con información sobre los beneficios de la LME y consejos y grupos de ayuda que les permitan sentirse más confiadas en dicha práctica, para que puedan llevarla a cabo por el tiempo adecuado. Aunado a ello, este proyecto puede ser la base de un programa definido y estandarizado de promoción de la lactancia.

Por otro lado, hablando del recién nacido, la etapa prenatal y los 2 primeros años de vida del niño son considerado como una “ventana de oportunidad” para prevenir la mortalidad infantil atribuible a la desnutrición. Por ello, hay una gran necesidad de intervenir desde el embarazo y la lactancia, para lograr un óptimo estado de nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, con impacto positivo a lo largo de su vida, con el objetivo de formar adultos más sanos y con mayor oportunidad de tener una vida exitosa y plena.

Por lo anterior, se propone realizar una intervención, con base en la importancia de la lactancia materna y las teorías de cambio de comportamiento, así como en la previa comprensión de los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia, de manera que permita promover la LME como forma ideal de alimentación para el recién nacido, aumentar la tasa de iniciación de lactancia y la duración de la misma y favorecer a los pequeños y a sus madres con los beneficios de la leche materna.

1.6.- DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

(Rodríguez, 2009) Afirma:

La leche materna humana es el alimento ideal para los niños, pues tiene propiedades inmunológicas y nutricionales que no se encuentran en ninguno de sus sucedáneos. Este es un fluido vivo, cambiante, desarrollado a través de millones de años de evolución que se adapta en función de las necesidades de cada etapa de la vida de los lactantes, por lo que protege su salud y estimula su óptimo desarrollo físico y mental.

Existe, asimismo, una amplia evidencia científica que demuestra que una buena práctica de lactancia también protege la salud de las madres tanto a corto como a largo plazo. El riesgo de sufrir enfermedades como hipertensión, sobrepeso y obesidad, diabetes, al igual que cáncer de mama y otros, se reduce en las mujeres de manera considerable gracias a la lactancia, sobre todo cuando ésta dura más de 12 meses.

Además de sus claros beneficios en la salud y el desarrollo de los niños y sus madres, la práctica adecuada de la LM otorga enormes dividendos a la economía de una nación. Una buena alimentación desde el inicio de la vida determina de manera inexorable el futuro de la salud y el desarrollo de los individuos y, por lo tanto, el de las naciones a las que éstos pertenecen. Los riesgos a la salud asociados con una alimentación infantil deficiente derivan en un elevado costo en morbilidad, mortalidad y recursos económicos para las familias, los gobiernos y la sociedad en general.

Infortunadamente, a lo largo del tiempo la LM se ha visto afectada de modo negativo por diferentes influencias sociales, económicas y culturales. Su frecuencia y duración disminuyeron de forma rápida a lo

largo del siglo XX tras los fenómenos de industrialización, urbanización e integración de la mujer al ámbito laboral. Más adelante otros problemas, como la exposición del público a publicidad no ética por parte de la industria de fórmulas infantiles, el acceso a los sucedáneos de leche materna en los servicios de salud del país y los asesoramientos inadecuados por parte de proveedores de salud, así como familiares y amigos con buenas intenciones, pero información errónea u obsoleta, entre otros, han sido determinantes de su abandono y de la modificación de la norma social y las costumbres en diversas poblaciones. Hoy en día, por ejemplo, las madres que amamantan en público muchas veces se ven expuestas a críticas, increpaciones y diversas formas de discriminación. Este creciente abandono de la práctica de la LM incide de manera negativa e inmediata a diferentes gradientes y a largo plazo en la calidad de vida y la salud de la población de una nación.

En México, sin ir más lejos, el problema de las prácticas inadecuadas de alimentación en niños menores de 2 años de edad, y en particular las prácticas inadecuadas de LM, se ha visto agravado por la falta de atención que se ha puesto en el tema por parte del gobierno, el sector privado y la sociedad civil. Dado que la lactancia materna exclusiva (LME) en el país en niños menores de 6 meses de edad es la más baja en América Continental, el tema tendría que ser prioritario dentro de las agendas de trabajo. Al igual que sucede con otros asuntos de salud, las poblaciones más afectadas son siempre las más vulnerables: las poblaciones indígenas y de escasos recursos son las que presentan índices más dramáticos de deterioro en la práctica de LM en México.

Este escenario demuestra la necesidad urgente de desarrollar estrategias e intervenciones a diferentes niveles que promuevan políticas públicas de promoción, protección y apoyo a la LM, con miras a mejorar el crecimiento y el desarrollo de las futuras generaciones mexicanas.

La macro localización de nuestro tema en estudio se realizara en el Municipio de el Frontera Comalapa, Chiapas, reuniendo distintos tipos de casos e información de suma importancia. En cuanto a la micro localización se realizará en el Barrio Cuernavaca ubicado en el Municipio antes mencionado, recolectando información de Mujeres que tienen hijos menores de un año.

Por lo anterior se decidió realizar el presente trabajo con la finalidad de implementar estrategias y medidas para informar y concientizar a la población en general sobre la gran importancia que tiene la lactancia materna en los niños que cursan su primer año de vida.

Frontera Comalapa es una localidad del estado de Chiapas México. Recientemente fue catalogada como "ciudad" y es cabecera del municipio homónimo. Se localiza en los límites de la Sierra Madre de Chiapas y la depresión central. Sus límites son al norte con el municipio de La Trinitaria, al oeste con Chicomuselo, al sur con Bella Vista y Amatenango de la Frontera y al este con la República de Guatemala. Cuenta con una extensión territorial de 717.90 km² los cuales representan el 5.62% de la superficie de la región Fronteriza y el 0.94% a nivel estatal.

Frontera, es un adjetivo refiriéndose al límite que hace con la República de Guatemala y el término Comalapa proviene de la voz náhuatl: Comalapan En el agua de los comales, que deriva de las voces: Comalli, comal; Atl, agua; y Pan, adverbio de lugar. Pero también se considera que su nombre se debe al recuerdo de la extinta San Juan Comalapa, y está sobre el paraje Cushú, que se encontraba cerca de Tecpan, Guatemala; es decir en la frontera.

Frontera Comalapa es una ciudad 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.

La colonia Barrio Cuernavaca es una localidad del municipio Frontera Comalapa, en Chiapas, y abarca un área cercana a 49 hectáreas. En Barrio Cuernavaca viven alrededor de 3,030 personas en 702 hogares. Se contabilizan 605 habitantes por km², con una edad promedio de 24 años y una escolaridad promedio de 8 años cursados.

De las 4,000 personas que habitan en Barrio Cuernavaca, 900 son menores de 14 años y 1,000 tienen entre 15 y 29 años de edad. Cuando se analizan los rangos etarios más altos, se contabilizan 1,000 personas con edades de entre 30 y 59 años, y 210 individuos de más de 60 años.

CAPITULO II: MARCO DE REFERENCIA

2.1. MARCO HISTORICO

(Aguirre, 2007) Argumenta:

La historia de la lactancia materna es tan antigua como a historia de la humanidad y sus beneficios se han documentado por siglos; descubrimientos recientes en este tema, combinados con las tendencias mundiales actuales en relación con la lactancia han provocado un renovado interés en esta práctica antigua. En toda Europa se han encontrado recipientes para alimentación con boquilla, en tumbas de niños, año 2000 A.C.

Las nodrizas son personajes importantes ya que amamantaban a los hijos de aquellas madres, por lo general de una clase social más alta, que no querían brindar lactancia materna por el desgaste que esta producía, lo cual, con el tiempo, se fue convirtiendo en un trabajo remunerado.

El código de Hammurabi 1800 A.C. contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero (la alimentación al pecho se debía dar por un mínimo de 2 años hasta un máximo de 4 años). En Esparta, la esposa del rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor. El segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado pecho, pues el hijo mayor había sido amamantado por una extraña y, por ende, le fue negada la posibilidad de heredar el trono.

Existen referencias de Babilonia, en donde la lactancia se practicaba hasta que el niño(a) cumplía los tres años (al igual que en la India y en Egipto).

En el Papiro de Ebers, se detallan descripciones de los cuidados de los bebés, del amamantamiento e incluso de algunas posturas para dar de mamar. Se describían también enfermedades de la lactancia, la mortalidad infantil por parásitos y se planteaban criterios para determinar la calidad de la leche. Incluso en el Talmud se definía que lactancia debía darse hasta los 3 años de vida y debía ser exclusivamente administrada por las madres, pero se excusaba a las madres que estaban gravemente enfermas; caso contrario son los Espartanos que restringían la alimentación y la protección a los infantes.

(Landa, 2004) Menciona:

En Egipto, se consideraba un honor practicar la lactancia: las nodrizas eran elegidas por el faraón y gozaban de muchos privilegios al punto de obtener altos rangos en la corte del Rey. El abandono de los niños era castigado, al igual que en Babilonia, en donde además se regulaba la actividad sexual y otras actividades de la nodriza como sus comportamientos ante la sociedad, vestido, higiene y demás cuidados personales. Si se encontraba en condición de nodriza se penalizaba si se daba un nuevo embarazo.

En Roma, a pesar de que se fomentaba la práctica de la lactancia, ésta era asociada al envejecimiento prematuro, desgaste y dilatación de los pechos. Es destacable que el pago por dichos servicios los recibía el marido de la nodriza, pues era él quien salía "perjudicado" con el desgaste que sufría su esposa, de lo anterior se deduce que la lactancia no era sólo un medio para la supervivencia, sino un mecanismo para fortalecer el poder pues muchas veces la mujer dejaba a sus propios hijos para convertirse en nodriza de otros.

Por lo tanto, debido a todas las “desventajas” que tenía para la mujer el amamantar, era necesario que la candidata tuviera características especiales: apacibilidad, buena familia, cariñosas, jóvenes (entre 25 y 30 años) y con abundante cantidad de leche.

Los griegos, en especial la figura de Sorano de Éfeso, considerado el padre de la puericultura, aseguraba que el destete debía realizarse pasados los dos o tres años de lactancia y que, junto con la dentición, constituía uno de los episodios más importantes y relevantes de la vida del niño. También aquí surge la figura de la nodriza, que era bastante solicitada por la clase alta, pues no sólo ellas podían acceder a una mejor situación social convirtiéndose en nodrizas sino que, además, la familia que la contrataba adquiría cierto prestigio en su comunidad, dado que era un lujo que no todos podían darse; tan buena posición lograban estas mujeres, que dejaban de considerarse esclavas pues el nexo que nacía entre ellas y el niño era muy valorada en esta cultura, puesto que los infantes crecían más sanos y fuertes, características esenciales y necesarias en pueblos como el griego, en el que muchos de estos niños serían guerreros en un futuro.

También se tienen datos de la cultura de la India (el primer texto de lactancia materna se ubica a 500 años A.C., fue mandado a hacer por el Rey Asoka).

Por otro lado, en China, por orden del Emperador Amarillo, se escribe un libro conocido como el Estatuto de la Medicina, el cual establece que la lactancia debía darse por al menos dos años después del nacimiento o hasta que se diera un nuevo embarazo en esa mujer.

Así como la lactancia ha figurado desde los inicios de la historia, las nodrizas han figurado como una parte fundamental de la misma. Estas

mujeres recibían un salario durante el tiempo que permanecían dando el pecho, así como alojamiento y pensión completa. De igual manera también se acostumbraba que las nodrizas se llevaran a los niños para alimentarlos en sus casas, sin embargo, la mortalidad infantil aumentaba cuando esto se hacía, por lo tanto, aunque las nodrizas “vivían” de la lactancia, esta actividad estaba relacionada con una alta mortalidad infantil, la mayoría de las veces debido a la asfixia o a infecciones de las que no estaban exentos los infantes.

(Gandarias, 2010) Dice:

Durante los inicios de la Era Cristiana, se fomenta aún más el cuidado de los niños pues se les consideraba portadores de un alma inmortal, sin embargo, con el pasar de los siglos, por el aumento del período de lactancia, incrementó el número de niños que había que cuidar y alimentar.

A partir del siglo VI, especialmente, entrada la Edad Media, empiezan a encontrar documentos en los que hay dos cambios significativos. El primero, muy conocido desde la prehistoria, parte de la idea de la lactancia como un alimento importante considerado mejor si era suministrada por la propia madre; la segunda exceptúa de la anterior regla a aquellas madres que, por diferentes razones, no podían hacerlo y delegaban esta función a las nodrizas, las cuales podrían amamantar directamente al niño o, en su defecto, utilizar tetillas o biberones bien lavados, factor que incidió directamente en la disminución de la mortalidad materna por infecciones.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, con la introducción de la leche en polvo y los suplementos de la lactancia, el papel de las nodrizas cae en detrimento, hasta su total desaparición en la década de los años ochenta, en que coincide con la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia

Humana, pues es a partir de este momento que se toma una certera conciencia que a través de la leche, se pueden transmitir enfermedades que a largo plazo serían mortales para el bebé. Curiosamente, con el declive de las nodrizas, inicia la aparición de una enfermedad de transmisión sexual (sífilis) y termina con la aparición de otra (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

Ahora en el siglo XXI, se tiene la certeza de que la lactancia materna es el alimento más completo con el que pueden contar los recién nacidos y lactantes; no obstante, se hace necesaria una sensibilización social que permita conocer las ventajas científicas demostradas de la lactancia, tanto para el bebé como para la madre. Dicha sensibilización se debe hacer de una manera bidireccional, en donde sean respetados no sólo los derechos de aquellas mujeres que desean proporcionarle este vital alimento a sus hijos durante la primera etapa de sus vidas, sino que además se deben de respetar los derechos de aquellas mujeres, que previamente informadas de las ventajas de la lactancia materna sobre las fórmulas de leche en polvo, deciden, por la razón que sea, alimentar a sus hijos con otro tipo de leche a pesar de las consecuencias que esto pueda acarrear.

Por lo tanto, a través de la historia se observan diferentes tipos de evolución: la de pensamiento, la de la lactancia materna y la del ser humano, muy entremezcladas las tres. La lactancia pasa de ser un medio de sobrevivencia, a uno de subsistencia socioeconómica, luego se convierte en un lujo que no sólo inserta una distinción social sino una preferencia por lo estético.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El tema de la lactancia materna y sobre todo de la importancia de ésta es tan común en la población en general, y desafortunadamente es motivo de discrepancias, ya que para muchos no existe gran relevancia en la falta de amamantamiento en los niños menores de un año y esto se convierte en un problema que a la larga provocan complicaciones tanto en la madre como en el niño. Por ello el presente trabajo se enfoca principalmente en dar a conocer la importancia de la práctica de la lactancia materna durante el primer año de vida de los niños. Será guiada por muchas otras investigaciones previas a ésta y de las cuales se presentan algunas a continuación:

NOMBRE DE LA TESIS: “CONOCIMIENTOS SOBRE CONDUCTAS ÓPTIMAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES USUARIAS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO”

AUTOR: JULIA DELFINA GARCÍA LOAIZA

AÑO: 2017.

OBJETIVO: Determinar el grado de relación que existe entre las conductas óptimas y la lactancia materna exclusiva en madres usuarias del servicio de pediatría del Hospital Regional Cusco.

HIPOTESIS: Existe un grado de relación e influencia entre las conductas óptimas y la lactancia materna exclusiva en madres usuarias del servicio de pediatría del Hospital Regional Cusco.

DISCUSION: La lactancia materna es la elección nutritiva óptima para cada infante hasta los seis meses de vida, con escasas excepciones

(galactosemia, infección por VIH, uso de algunas drogas) proporciona además ventajas psicológicas e inmunológicas que incluyen tanto a la madre como al lactante. En países en desarrollo tiene ventajas micro y macro económicas; sin embargo, existen factores que la limitan. Su influencia es estudiada en dos aspectos: la iniciación y la duración de lactancia materna.

CONCLUSIONES: Es curioso notar que la muestra participante es joven, mostrando algún grado de instrucción algunas con nivel de educación superior, tienen un promedio de 2 hasta 5 hijos, son amas de casa en su mayoría y se mantienen solteras y/ convivientes. Por otro lado nuestro estudio mostró en relación a nivel de conocimiento que tienen las madres aun que un porcentaje significativo tiene poco o no tiene conocimiento, más de cuarta parte de los encuestados manifiestan que no es nada importante la lactancia materna exclusiva, en cuanto a la técnica del amamantamiento llama la atención que más de la cuarta parte de las madres sean clasificados entre negativa y regular su técnica de amamantar.

Respecto a la importancia del conocimiento del consumo de la primera leche materna indican que es importante, pero existen aún madres que indican, que no es importante esta leche. En cuanto al componente de la leche materna sostienen que tiene buen conocimiento, pero existiendo aún casi la mitad de las madres que refieren no tener conocimiento sobre la importancia de la leche materna. Igualmente se tiene que casi la cuarta parte de las madres tienen poco y ningún conocimiento sobre la alimentación complementaria.

NOMBRE DE LA TESIS: “LACTANCIA MATERNA Y SUS DETERMINANTES”

AUTOR: Eva Tizón Bouza

AÑO: 2015.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de lactancia materna lactancia materna al alta hospitalaria, a los 4, 6 y 12 meses. Determinar las variables asociadas a la presencia de lactancia materna. Determinar la validez y seguridad de diferentes antecedentes para predecir dicha prevalencia.

HIPOTESIS: La prevalencia de lactancia materna no se modifica a lo largo de los 12 primeros meses de vida de los lactantes. Hipótesis alternativa (Ha): La prevalencia de lactancia materna se modifica a lo largo de los 12 primeros meses de vida de los lactantes.

CONCLUSIONES: La mayoría de las madres estudiadas en el área sanitaria de Ferrol son españolas con niveles de estudios universitarios, primíparas, que acudieron al centro de salud para el seguimiento del embarazo y tuvieron partos eutócicos. La prevalencia de lactancia materna disminuye progresivamente en el tiempo estudiado. Las prevalencias de lactancia materna son inferiores a los estándares recomendados por la OMS a lo largo del seguimiento en el tiempo.

Tras tener en consideración las variables que en el análisis univariado se asociaron con la probabilidad de lactancia materna al alta, teniendo en cuenta variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido, se demuestra que las variable que tienen un efecto independiente para predecir lactancia materna son: el consumo de tabaco, el número de hijos previos, la lactancia previa y el parto gemelar.

NOMBRE DE LA TESIS: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PÚERPERAS DE 20 A 35 AÑOS EN EL HOSPITAL REZOLA – CAÑETE.”

AUTOR: NICOLEE GUERALDINA PALOMINO URBANO

AÑO: 2019.

OBJETIVO: Evaluar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas de 20 a 35 años del Hospital Rezola Cañete, 2019. Determinar el nivel de conocimiento sobre conceptos generales de la lactancia materna exclusiva en puérperas de 20 a 35 años del Hospital Rezola Cañete. Identificar el nivel de conocimiento sobre técnicas y posiciones de la lactancia materna exclusiva en puérperas de 20 a 35 años del Hospital Rezola Cañete.

HIPOTESIS: No existe un nivel de conocimiento bajo sobre lactancia materna exclusiva en puérperas de 20 a 35 años del Hospital Rezola Cañete, 2019. Ha: Existe un nivel de conocimiento bajo sobre lactancia materna exclusiva en puérperas de 20 a 35 años del Hospital Rezola Cañete, 2019.

DISCUSION: En cuanto al nivel conocimiento sobre conceptos generales de la lactancia materna exclusiva que presentaron un mayor porcentaje fue nivel medio con 52.8% en las puérperas de hospital Rezola, similar al obtenido en el trabajo de investigación de Rocano, quien reporta que el 58% de su muestra tiene un nivel medio de conocimiento. Un resultado diferente fue reportado por Guerrero y Vera, quienes encontraron un nivel bajo de conocimiento en el 55% de madres, pero destaca el hecho de que esto era más frecuente entre las adolescentes y las que tenían bajo grado

de instrucción. Estos resultados evidencian la necesidad de implantar los conocimientos de la lactancia materna exclusiva en el momento del control prenatal cuando las gestantes están más receptiva en la preparación de salud y apoyando el interés por cumplirlo durante la lactancia, propuesta que concuerda con el resultado encontrado por Gerónimo, quien encontró que las mujeres que asistían a menos controles prenatales durante su gestación tienen periodos más cortos de amamantamiento exclusivo. Además, dicha preparación debe ser diferenciada, puesto que las que son primerizas y tienen menor grado de instrucción necesitan una orientación más detallada en comparación con el resto.

CONCLUSIONES: El nivel de conocimiento acerca de la lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Rezola es medio con un 65% del total, seguido del nivel bajo con un 28.5%. El nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en su dimensión conceptos generales fue medio en un 52.8% seguido del nivel alto en un 24.4%.

El nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en su dimensión posición y técnica fue medio en un 58.5% seguido del nivel bajo en un 29.3%. El nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en su dimensión beneficios es medio en un 57.7% seguido del nivel bajo en un 37.4%.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. ANATOMÍA DE LA MAMA

(Latarjet, 2007) Afirma:

Las mamas, designadas también con el nombre de senos, son órganos glandulares destinados a secretar la leche. Durante todo el periodo de la lactancia aseguran la alimentación del recién nacido, y en este concepto podemos considerarlas como verdaderos anexos del aparato de la generación.

La mama ocupa la región anterior o superior de la pared torácica. Se da, a la región que ocupa, el nombre de región mamaria. Se extiende en anchura desde el borde del esternón al que invade, hasta el hueco de la axila ocupando el intervalo comprendido entre la tercera y séptima costilla. Profundamente, la región mamaria se detiene en la fascia superficial de la pared torácica anterior que cubre el pectoral mayor, viene a ponerse en contacto con la pared interna del hueco de la axila, es decir, con las digitaciones del serrato mayor, cubierto por su aponeurosis. Por encima, la mama está fijada a la dermis por los ligamentos suspensorios de Cooper. Una proyección lateral de la glándula, la denominada cola axilar de Spencer, puede extenderse hacia el interior de la axila.

Las mamas están situadas, en la mujer, en la parte anterosuperior del pecho, a derecha e izquierda del esternón, delante de los músculos pectorales mayor y menor, en el intervalo comprendido entre la tercera y la séptima costillas. Situadas a la altura de los brazos y que se encuentran simétricamente situadas. Las variaciones numéricas de las mamas pueden deberse a dos hechos:

La reducción del número de mamas constituye la amastia, que puede ser uni o bilateral. Por otra parte, la amastia puede ser total cuando la glándula y el pezón faltan simultáneamente y parcial cuando de estas dos partes de la mama, falta tan solo una.

El aumento numérico de las mamas constituye la hipermastia. Este aumento es relativamente frecuente tanto en el hombre como en la mujer. Aquí también puede referirse sólo al pezón o a toda la glándula; en el primer caso, la anomalía se llama hipertelia; el término hipermastia se reserva para los casos en el que la formación supernumeraria posea a la vez una glándula y un pezón.

(E.Arraztoa, 2010) Menciona:

La mama tiene el aspecto de una semiesfera, que descansa sobre el tórax por su cara plana y presenta en el centro de su cara convexa una eminencia en forma de papila, denominada pezón. Esta forma fundamental ofrece numerosas variedades influenciadas por diferentes estados fisiológicos (embarazos, lactancias anteriores, estado de salud, etc.), por variaciones étnicas.

Al nacer, las mamas miden tan solo 8.10 mm de diámetro, conservándose así hasta la pubertad. En esta época experimentan un crecimiento súbito, llegando en poco tiempo a su estado de desarrollo perfecto, miden entonces, por término medio, 10-11 cm. de altura por 12-13 cm. de anchura y 5-6 cm. de espesor. El peso de la mama varía por supuesto como su volumen. Al nacer pesa de 30-60 g. En la joven, fuera de la lactancia su peso medio es de 150-200 gr. En la mujer adulta, este peso oscila entre 400-500 gr pero puede llegar hasta 800-900 gr. Las mamas son duras y elásticas en las jóvenes nulíparas. Pierden su consistencia bajo la acción de los partos repetidos seguidos de un periodo de lactancia.

La mama adulta está compuesta por tres estructuras básicas: la piel, la grasa subcutánea y el tejido mamario, con parénquima y estroma.

2.3.1.1. LA CARA ANTERIOR O CUTÁNEA

(Ramsay, 2009) Comenta:

Fuertemente convexa, está en relación con la piel. En casi toda su extensión, esta cara se presenta lisa y uniforme, de color blanquecino y cubierta de fino vello. En su parte media se ve una región especial, formada por la areola y el pezón.

2.3.1.1.1. La Areola

Es una región circular, de 15 a 25 mm de diámetro, situada en la parte más prominente de la mama. Se distingue por su coloración, que es más oscura, así mismo por la presencia en su superficie exterior de pequeñas prominencias, de 12 a 20 por término medio, que se designan con el nombre de tubérculos de Morgagni. Estas elevaciones, que dan a la areola un aspecto rugoso, se hayan diseminadas de un modo irregular. Estos tubérculos son glándulas sebáceas que presentan un desarrollo particular en cuyo centro de cada una de estas glándulas se encuentra un pelo, casi siempre de pequeñas dimensiones.

La areola experimenta modificaciones importantes bajo la acción del embarazo (cambia de color, aparece otra areola en todo el contorno de la areola primitiva, los tubérculos de Morgagni se hacen más voluminosos, etc.).

2.3.1.1.2. El Pezón

Se levanta como una gruesa papila en el centro de la areola. Se dirige oblicuamente de atrás hacia delante y, un poco, de dentro hacia fuera. Con aspecto de un cilindro o un cono, redondeado en su extremo libre. Exteriormente, el pezón es irregular, rugoso y, a veces, se presenta como agrietado. Debe este aspecto a una multitud de surcos y de papilas que se levantan en su superficie. En su vértice, pueden observarse de 12 a 20 orificios que son, las desembocaduras de los conductos galactóforos. El pezón y la areola contienen músculo liso eréctil, así como glándulas sebáceas.

2.3.1.1.3. Los Conductos Galactóforos

Tienen orificios que se originan en el pezón. Cada ducto mayor se extiende hacia dentro de la mama y se ramifica en ductos menores que definen un territorio de drenaje. El volumen drenado por red ductal, se considera un lóbulo de la mama. Inmediatamente debajo del pezón, existe un segmento dilatado del ducto principal conocido como la porción ampular o seno galactóforo. A partir de este punto, el ducto empieza a arborizarse en ramas segmentarias hasta acabar en lóbulos terminales. Estas unidades secretoras básicas de la mama forman el acini glandular. Las ramas finales de los ductos segmentarios se llaman ductos terminales extralobulares o “unidad lobular ductal terminal”.

2.3.1.2. TEJIDO CELULOADIPOSO SUBCUTÁNEO

Se divide en la periferia de la glándula en dos hojas: una anterior y otra posterior.

2.3.1.2.1. La Hoja Anterior

Es muy gruesa en la periferia, es apenas aparente en la areola y ha desaparecido en el pezón. Esta capa está tabicada por tractos conjuntivos que penetran en la glándula. Estas hojas conjuntivas que se desprenden de la cara profunda de la dermis y se insertan en las eminencias glandulares llamadas crestas fibroglandulares, se denominan ligamentos de Cooper. Por esta capa anterior circulan los vasos y nervios de la glándula.

2.3.1.2.1. La Hoja Posterior

También llamada capa celuloadiposa retromamaria, se continúa por su parte superior con la fascia superficial unida a la aponeurosis del pectoral mayor y al borde anterior de la clavícula por un tejido celular denso llamado ligamento suspensorio. Esta capa descansa en la cara anterior del pectoral mayor y facilita los deslizamientos de la glándula sobre este músculo.

2.3.1.3. TEJIDO O GLÁNDULA MAMARIA

Aparece como una masa blancoazulada en la mujer joven y grisamarillenta en la mujer obesa, aplastada de delante hacia detrás y de contorno circular. El eje mayor es transversal y la mama se extiende al hueco de la axila.

2.3.2. FISIOLÓGÍA DE LA MAMA

(Latarjet, 2007) Explica:

En el embarazo la glándula mamaria experimenta un notable crecimiento de tamaño. Mediante el hipotálamo (área cerebral que controla la producción de la mayoría de hormonas), la segregación hormonal varía, produciéndose por ellos muchos cambios en la mujer, en la lactancia se distinguen tres procesos. El inicio de la producción de leche o lactogénesis (en este periodo interviene la prolactina), el mantenimiento de la secreción láctea o galactopoyesis y finalmente la salida de la leche o eyección, debido al aumento de oxitocina.

2.3.2.1. Lactogénesis

Proceso por el cual las glándulas mamarias comienzan a secretar leche. Incluye los procesos necesarios para transformar las glándulas mamarias inmaduras durante la última fase del embarazo hasta su maduración completa poco después del parto. Durante la primera etapa de la lactogénesis la glándula mamaria puede secretar leche pero debido a los altos niveles de las hormonas estrógeno y progesterona (principalmente de origen placentario) bloquean la secreción de leche hasta el momento del parto.

Puede ocurrir que algunas mujeres experimenten una pequeña secreción de calostro de sus pezones durante el segundo y tercer trimestre. Durante la segunda etapa de lactogénesis, cercano al momento del parto, los niveles de hormonas disminuyen (progesterona principalmente por la remoción de la placenta) y aumenta la prolactina desbloqueando a los tejidos mamarios para el comienzo de la secreción copiosa de la leche.

2.3.2.2. Galactopoyesis

Es el mecanismo de mantenimiento de la secreción de la leche ya establecida, siendo responsable el eje hipotálamo, la hipófisis que permite

la liberación de prolactina (LTH) y la oxitocina tiene tres acciones importantes durante la lactancia:

- ✓ Estimula la contracción del útero y mejora los entuentos y aceleran la evolución.
- ✓ Por estimulación sobre la hipófisis anterior facilita la liberación de prolactina
- ✓ Favorece la expulsión de la leche.

Después de la segunda semana y hasta el tercer mes .la succión del complejo pezón areola. Produce un gran estímulo sobre la producción de prolactina (LTH), aumenta de esta manera hasta 20 veces su nivel basal. La cual es importante para el mantenimiento de la lactancia.

2.3.2.3. Eyección Láctea

Esa etapa de la lactancia se produce principalmente por el efecto neurogenico que estimula la liberación de oxitocina ,y a su vez la oxitocina favoreciendo la eyección de la leche y estimulando la contracción del útero durante la mamada, lo que ayuda a la involución uterina.

2.3.3. LECHE MATERNA

(Maldonado, 2007) Dice:

La leche humana es un líquido producido por la glándula mamaria, de gran complejidad biológica, constituido por nutrimentos, substancias inmunológicas, hormonas, enzimas, factores de crecimiento, células inmunoprotectoras, etc., que la hacen nutricional e inmunológicamente apta para que un niño sea alimentado con ella en forma exclusiva durante

los primeros seis meses de vida. La OMS recomienda la alimentación al seno materno hasta los dos años de edad, aun cuando se inicie la alimentación complementaria, pues la leche materna ofrece grandes beneficios.

Es la secreción producida por las glándulas mamarias de la mujer. Contiene todas las sustancias nutritivas (grasas, proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua) necesarias para el lactante en los primeros 6 meses de vida.

2.3.3.1. TIPOS DE LECHE MATERNA

La composición de la leche materna cambia de acuerdo con cada etapa de la lactancia. En los primeros cinco días después del parto, la secreción láctea (denominada calostro) se caracteriza por tener mayor cantidad de proteínas y menor contenido de lípidos y lactosa que la leche secretada, después del primer mes (que es considerada madura).

2.3.3.1.1. Calostro

Es la leche que se produce durante los primeros 2 o 3 días, posterior al parto. Es producida en pequeña cantidad (40 – 50 ml el primer día), sin embargo, es suficiente para los requerimientos del recién nacido en ese momento. Su color es amarillento, rico en minerales y vitaminas liposolubles A, E y K.

El calostro es rico en glóbulos blancos y anticuerpos, especialmente Ig A. Comparación con la leche madura, la vitamina A es importante para la protección de los ojos y para la integridad de las superficies epiteliales, con frecuencia esta vitamina hace que el calostro sea de un color amarillento, el calostro proporciona una importante protección

inmunológica al lactante cuando este se expone por primera vez a los microorganismos del ambiente ,y el factor epidérmico de crecimiento ayuda a preparar la mucosa intestinal para recibir los nutrientes aportados por la leche .

2.3.3.1.2. Leche de transición

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día del postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto. Es de color blanquecino azulado, tiene menos contenido de sodio zinc, vitamina A y E que el calostro, pero contiene algo más que lactosa y grasa.

2.3.3.1.3. Leche Madura

Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple. Se produce hacia el final de la tercera semana y es más blanca de mayor consistencia que las anteriores. Su composición no solo varía en cada madre sino también de un seno a otro en la misma madre y en el momento del día.

2.3.3.2. COMPONENTES DE LA LECHE MATERNA

(UNICEF, 2012) Afirma:

La leche materna tiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida. Se digiere fácilmente y se utiliza

de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección, además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes.

2.3.3.2.1. Agua

El agua constituye el 87.6% de la leche. Todos los otros componentes están disueltos, dispersos o suspendidos en agua. La leche materna provee todo el agua que el bebé necesita. Estudios en climas calientes y secos han demostrado que los neonatos se encuentran bien hidratados, solo con leche materna a libre demanda. Dar agua y otros líquidos tales como infusiones (té de anís) puede disminuir la producción de leche materna, disminuir la ingesta de nutrientes del bebé e incrementar el riesgo de infecciones y desnutrición.

2.3.3.2.2. Grasas

La leche humana contiene aproximadamente 3.5 gr de grasa por 100 ml de leche. Esta cantidad representa aproximadamente la mitad del contenido energético de la leche que toma de leches y por lo tanto la leche del final su grasa es secretada en pequeñas gotas y su cantidad se incrementa a medida que la toma de leche va progresando. Por lo tanto la leche del final, que es secretada hacia el final de la succión es rica en grasa y tiene un aspecto blanco cremoso, mientras que la leche del inicio contiene menos grasa y tiene un color azul grisáceo. La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos poli saturados de cadena larga (ácido docosaheanoico o ADH y ácido araquidónico AA) que no se encuentra presente en otras leches. Estos ácidos grasos son importantes para el desarrollo neurológico del niño.

.

2.3.3.2.3. Carbohidratos

El principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa que es un disacárido de la leche materna contiene aproximadamente 7 gr de lactosa por 100 ml, esta cantidad es más elevada que en la mayoría de las otras leches y es otra fuente importante de energía .Otro tipo de hidratos de carbono presentes en la leche materna son los oligosacáridos que brindan una importante protección contra la infección.

2.3.3.2.4. Proteínas

Las proteínas de la leche materna humana difiere tanto en la cantidad como en la calidad de la encontrada en la leche animal, contiene un equilibrio de amino ácidos que la hacen mucho más adecuada para el lactante .La concentración de proteína en la leche materna (0.9 gr por 100 ml) es menor que en la leche animal. La mayor cantidad de proteínas que existe en la leche animal puede sobrecargar los riñones inmaduros del lactante con productos nitrogenados de excreción. La leche materna contiene una menor cantidad de la proteína llamada caseína, la cual tiene una estructura molecular diferente; la caseína de la leche materna forman cuajos que son más fáciles de digerir, que los que se forman con otras leches, en relación a las proteínas solubles del suero la leche humana contiene mayor cantidad de alfa lacto albumina .La leche de vaca contiene beta lacto globulina, la cual se encuentra ausente en la leche humana, la betalactoglobulina puede provocar intolerancia a los lactantes.

2.3.3.2.5. Vitaminas y Minerales

Normalmente la leche materna contiene suficientes vitaminas para el lactante a no ser de que la madre sea deficiente la excepción es la vitamina D. El lactante requiere ser expuesto a la luz del sol para generar

vitamina D .endógena si esto no fuera posible requerirá suplementación. El hierro y el zinc están presentes en baja concentración pero su biodisponibilidad y absorción es elevada. Si los reservorios de hierro de la madre son adecuados .Los lactantes que nacen a término tienen una reserva de hierro que permite satisfacer sus necesidades solamente los lactantes que nacen protegen particularmente al lactante contra las bacterias que pueden existir en el medio ambiente donde se encuentra.

2.3.4. LACTANCIA MATERNA

(GANDARIAS, 2010) Define:

Es un acto fisiológico, instintivo, herencia de los mamíferos y específica de cada especie. Es un proceso interactivo bidireccional entre la madre y el/la hijo/a con efecto en ambos, el éxito de ésta depende de la conducta de el/la lactante combinada con la conducta materna, estimulada por apoyo social y guiada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre.

Se refiere a la forma en que el niño es alimentado con leche directamente de la glándula mamaria. La lactancia materna exclusiva es el alimento ideal y completamente suficiente para sostener un crecimiento y desarrollo óptimo durante los primeros seis meses después del nacimiento. Los niños destetados antes del año .no deben recibir alimentos con leche de vaca. A los seis meses de edad se le debe de dar en forma gradual alimentos sólidos enriquecidos con hierro debe completar la dieta con leche materna. Se recomienda que la lactancia materna continúe hasta los 12 meses y, posteriormente .por tanto tiempo como sea mutuamente deseado.

(OMS, 2008) Argumenta:

La Lactancia Materna Exclusiva es el tipo de alimentación en la cual se ofrece exclusivamente pecho materno para alimentar a los/as niños/as sin agregar ningún otro tipo de alimento. Al nacer, la LME es una práctica mayoritaria en el mundo, común en países en desarrollo y de bajos ingresos; sin embargo, los porcentajes de amamantados/as en la primera hora, lactados en forma exclusiva al sexto mes y la duración mediana de la lactancia materna, son menores que lo recomendado.

La OMS fomenta activamente la lactancia materna como la mejor fuente de nutrientes para los lactantes y niños pequeños la lactancia Materna durante el primer año de vida, es la intervención preventiva con el mayor potencial para salvar vidas ya que puede prevenir en 13 % de las muertes infantiles en el mundo.

La lactancia óptima es una de las formas más efectivas de asegurar la supervivencia infantil en los países en desarrollo. La OMS y la UNICEF han establecido tres directrices para la lactancia óptima:

- Comenzar a amamantar a el/la recién nacido/a lo más pronto posible.
- Amamantar en forma exclusiva (sin dar ningún otro alimento o líquido) hasta que el/la niño/a tenga 6 meses de edad.
- A partir de los 6 meses de edad, amamantar con alimentación complementaria (dando alimentos apropiados para la edad además de la leche materna) hasta los 2 años de edad o más.

2.3.4.1. TIPOS DE LACTANCIA MATERNA

(Rodríguez, 2011) Clasifica:

2.3.4.1.1. Lactancia Materna Exclusiva (LME)

Lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe solamente leche de pecho de su madre. o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con excepción de solución de rehidratación oral gotas o jarabes de suplementos de vitaminas, minerales y medicamentos.

2.3.4.1.2. Lactancia Materna Prolongada (LMP)

Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango de edad para la alimentación complementaria generalmente es considerado desde los seis meses a dos años de edad, aun cuando la lactancia materna debía de continuar más allá de los 24 meses de edad pero sin abandonar la lactancia materna.

2.3.5. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

(López, 2011) Explica:

Numerosos estudios realizados en los últimos años, demuestran las ventajas de la lactancia materna tanto para la salud de el/la lactante (menos otitis, neumonías, diarreas, meningitis, alergias, etc.) como para la salud de la madre (reducción del riesgo de cáncer de mama, de ovario, osteoporosis, fractura de cadera, etc.), además de los aspectos psicosociales y de ahorro económico que se asocian a este proceso. La

evidencia observacional ha demostrado que estos beneficios se presentan a corto y largo plazo, los tempranos incluyen por ejemplo mortalidad reducida en recién nacidos/as prematuros/as y posteriormente menor morbilidad producida por infecciones gastrointestinales, respiratorias, urinarias y del oído medio, y menos enfermedades atópicas.

2.3.5.1. Beneficios para el Niño

Con respecto a los beneficios que otorga la lactancia materna a los/as niños/as, la nutrición óptima es uno de ellos, ya que la leche materna además de aportarles toda el agua necesaria para sus funciones fisiológicas les entrega proteínas, energía y micronutrientes de alta calidad, que los/as recién nacidos/as son capaces de absorber con facilidad y utilizar eficazmente, permitiéndoles un adecuado crecimiento y desarrollo durante los primeros cuatro a cinco meses de vida.

La leche materna es un fluido cambiante que se adapta a las necesidades de el/la recién nacido/a, su composición va a depender de la edad gestacional, del momento de la succión y de la fase de la lactancia, es así como el calostro tiene cualidades especiales que lo hacen importante para el/la lactante dado su efecto en el desarrollo, la digestión e inmunidad, y por su parte la leche materna ha demostrado seguir siendo una fuente de energía y nutrientes de gran calidad, incluso después de los dos años, siendo capaz de proporcionar hasta un tercio de la energía y proteínas que necesita un/a niño/a durante el segundo año vida.

La leche materna ha contribuido a garantizar la supervivencia de los seres humanos, en este contexto numerosos estudios afirman que no sólo contiene los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento y desarrollo de los/as niños/as en los primeros meses de vida, sino que también es un alimento estéril con variados compuestos inmunoquímicos

que les ofrecen protección, ya que contiene células encargadas de eliminar agentes antimicrobianos sin necesidad de recurrir al uso de antibióticos, además factores antiinflamatorios y factores específicos, antibacterianos, antivíricos y antiprotozoarios y conjuntamente posee inmunoglobulina IgA secretora, que por su naturaleza interactiva es capaz de inhibir la adherencia de bacterias. Éste es un beneficio fundamental para los/as niños/as, ya que su sistema inmunitario durante los primeros meses de vida no está completamente desarrollado, así la leche materna potencia su inmunidad generando efectos positivos para su salud que se prolongan incluso años después del destete.

Considerando estas propiedades existen diversos estudios que han demostrado que los/as niños/as alimentados con LME presentan menor incidencia de otitis media aguda, infecciones respiratorias y gastrointestinales cuando se comparan con niños/as alimentados de otra forma. En relación a la otitis media, se observa que los/as niños/as alimentados/as con lactancia materna tienen menos otitis que los/as alimentados/as con lactancia artificial.

(Carballo, 2014) Menciona:

En cuanto a las infecciones respiratorias, en lactantes alimentados/as precozmente con fórmulas se ha observado que éstas favorecen la colonización de *H. influenzae* y *Moraxella catarrhalis* en la faringe, en sentido opuesto, los/as alimentados/as con leche materna tienen menor número de episodios de infecciones respiratorias, debido a la presencia en ella de sustancias como el factor lípido antiviral, que protege contra el virus de la influenza, la alfa-2- macroglobulina que actúa contra los virus de la influenza y parainfluenza que causan infecciones respiratorias agudas; con el mismo propósito provee anticuerpos contra el virus sincitial

respiratorio, agente de infecciones que ameritan hospitalizaciones de los/as niños/as.

Por otra parte, la leche humana contiene una glicoproteína llamada lactaderina, la cual se adhiere específicamente a los rotavirus e inhibe su radicación. Newburg DS en un estudio realizado en México, con 200 niños/as en el año 1998, concluyó que la protección que brinda la leche materna contra los síntomas de la infección por rotavirus está asociada a esta glicoproteína y es independiente de los productos del sistema inmune secretor.

Estos mismos autores afirman que la lactancia materna además de proteger contra los agentes causantes de diarrea, y si ésta se produce, acorta su duración y disminuye complicaciones como la deshidratación, entre otras. Esto se explica por los componentes que contiene la leche materna, ya sean inmunológicos o de otra naturaleza; como el factor bífido, que evita la implantación y desarrollo de agentes productores de diarreas (E. coli, Shigella y protozoarios); y la globotriasilceramida, que se une a la toxina S. shiga, o a otras similares, protegiendo a los/as niños/as de agentes bacterianos productores de estas toxinas.

La fácil digestibilidad de la leche materna es otro de sus beneficios, por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, la leche materna es de muy fácil digestión, se aprovechan al máximo todos sus nutrientes y no produce estreñimiento ni sobrecarga renal, además de reducir el riesgo de enterocolitis necrotizante (NEC) en los/as niños/as.

Otro beneficio de la lactancia materna es que los/as niños/as que reciben leche materna muestran mayor precocidad en el desarrollo psicomotor, deambulan antes y desarrollan un mayor cociente intelectual.

La leche humana posee taurina, un aminoácido esencial, cuya carencia podría producir secuelas sensoriales, como se ha observado en experimentación animal, además posee ácidos grasos esenciales como el ácido araquidónico y docosahexaenoico (DHA), ambos contribuyen al desarrollo del cerebro y la retina, considerando que éste último incrementa sus concentraciones más rápidamente en el cerebro humano durante el último trimestre del embarazo, la importancia de la LME es mayor aún en los/as recién nacidos/as prematuros/as.

Otro beneficio importante de la lactancia materna es estimular un adecuado desarrollo maxilofacial, ya que tanto éste como la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, expresión mimética y fonarticulación del lenguaje, dependen en gran medida, durante los primeros meses de vida, del equilibrio funcional que exista de la succión, deglución y respiración. Es así como los/as niños/as amamantados/as tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales.

Además de los beneficios ya mencionados, existen otros que aún se encuentran en estudio como por ejemplo: menor riesgo de enfermedades atópicas (cuando existen antecedentes familiares), menor riesgo de otras dificultades respiratorias como el asma, menor riesgo de muerte súbita infantil y enfermedades autoinmunes como la diabetes.

2.3.5.2. Beneficios para la Madre

(OPS, 2017) Describe:

Por otra parte, las madres también se benefician durante el proceso de lactancia materna, quienes ofrecen LME a sus hijos/as presentan menor tiempo de hemorragia postparto, efecto anticonceptivo fisiológico, menor

tiempo de recuperación del peso preconcepcional, remineralización ósea más rápida y eficaz después del parto con la consecuente disminución de la frecuencia de fracturas de cadera en la edad postmenopáusica, y menor riesgo de cáncer de mama y ovario en la mujer premenopáusica.

El sangrado postparto es controlado por acción de la hormona oxitocina, la cual además de estar destinada a la eyección de la leche, contrae la fibra miometrial ocluyendo los vasos sangrantes del lecho placentario. El estímulo de succión ejercido por el/la recién nacido/a inmediatamente después del parto aumenta la producción y la consecuente liberación de esta hormona, contribuyendo a un menor tiempo de sangrado además de favorecer la involución del útero a su tamaño original.

Con respecto al efecto anticonceptivo de la lactancia, este juega un papel importante en el espaciamiento de los embarazos, pero sin embargo, no fue sino hasta 1988 cuando un grupo de investigadores en Bellagio, Italia, luego de revisar los datos de 13 estudios prospectivos respecto al tema, establecieron un consenso que afirma que la lactancia natural permite espaciar los nacimientos, siempre que la madre alimente al/la niño/a con lactancia exclusiva o casi exclusiva y se mantenga en amenorrea, sin considerar cualquier sangrado ocurrido dentro de los primeros 56 días del puerperio.

Cuando se cumple con estas condiciones, la lactancia natural confiere más del 98% de protección contra el embarazo en los primeros 6 meses postparto, estos lineamientos constituyen la base del Método de la Amenorrea de la Lactancia, el cual es un método inicial de planificación familiar que, al mismo tiempo que promueve el espaciamiento de los embarazos, otorga los beneficios naturales de la lactancia materna a la madre y el/la niño/a, basándose en la infecundidad natural de las mujeres que amamantan, causada por la supresión hormonal de la ovulación.

En relación a la remineralización ósea, se sabe que debido a la pérdida de calcio que se produce en las mujeres mientras lactan, algunos profesionales de la salud han creído erróneamente que esto significa un mayor riesgo de osteoporosis para ellas. No obstante, muchos estudios muestran que después del destete, la densidad ósea de las madres que lactaron vuelve a sus niveles preconcepcionales y en ocasiones a niveles mayores. A largo plazo, la lactancia da como resultado huesos más fuertes y menor riesgo de osteoporosis. Por otro lado, el riesgo de fractura de cadera en mujeres mayores de 65 años se reduce a la mitad si han amamantado y si lo han hecho por 9 meses, se reduce a un cuarto.

Otro aspecto importante dentro de los beneficios de la lactancia materna es que constituye además un mecanismo importante del “vínculo” emocional madre-hijo/a. En este contexto se ha descubierto el papel que cumple la beta-caseína de la leche materna, la cual se transforma en beta-casomorfina (de la familia de las endorfinas) en el intestino de el/la niño/a, contribuyendo a crear la dependencia de él/ella hacia su madre, así también las caricias o contacto piel con piel constituyen un mecanismo liberador de endorfinas, secreción que en la madre produce dependencia a estos opiáceos constituyendo un potente estímulo para la prolongación de ésta. Por otro lado, las madres que amamantan tienen un menor riesgo de desarrollar depresión y neurosis.

Finalmente la lactancia también permite un importante ahorro de recursos a nivel familiar y social, como los/as niños/as lactados/as al pecho enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida, se disminuye el ausentismo laboral de los padres, se consumen menos recursos sanitarios (hospitalización, medicamentos y atención profesional) y la familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el costo de productos sustitutos de la leche materna es elevado.

2.3.6. IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

(Veramendi, 2019) Argumenta:

La lactancia materna exclusiva (LME) se define como la práctica de la que los lactantes sólo toman leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin otro alimento o agua); sólo se incluye la leche extraída o de nodriza, las sales de rehidratación oral, las gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).

La LME constituye una de las prácticas de lactancia óptimas, entre las que se encuentran el inicio de la lactancia en la primera hora de vida y la lactancia materna continuada durante al menos 2 años de edad, o hasta que la madre y el hijo/a quieran.

La OMS recomienda, desde 2001, que todos los bebés sean alimentados exclusivamente con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, y mantener la lactancia materna hasta que el niño cumpla los 2 años.

La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia materna al menos durante el primer año. Entre las medidas propuestas para alcanzar este objetivo, la OMS-UNICEF recomiendan que se inicie la lactancia durante la primera hora de vida del recién nacido, proporcionar al lactante únicamente leche materna, dar el pecho siempre que se reclame y no utilizar biberones, tetinas o chupetes. Aparte de la LME, durante los primeros meses de vida, los padres pueden elegir otro tipo de alimentación, como puede ser:

- **Lactancia parcial (LP):** también llamada mixta comprende la alimentación del lactante con leche materna más una leche artificial

(lactancia parcial alternante) o alimentación complementaria (AC) (lactancia parcial complementaria). La alimentación complementaria agrupa alimentos sólidos o líquidos, permitiéndose cualquier comida o líquido incluido leche no humana.

- **Lactancia artificial (LA):** alimentación del lactante únicamente con leche artificial o de fórmula, maternizada (leche de origen no humano y preparado para lactantes). Se emplea para sustituir la leche materna y, sus componentes se asemejan a la leche materna para que se pueda obtener efectos parecidos a los del lactante amamantado.

Pueden cubrir las necesidades del niño desde el nacimiento hasta los tres años. Existen leches artificiales para el inicio de la lactancia, otras adaptadas a lactantes de bajo peso o prematuros y fórmulas parcialmente hidrolizadas o digeridas. Se dividen en dos tipos:

- Fórmulas de inicio: cubren las necesidades del lactante hasta los 4 a 5 meses.
- Fórmulas de continuación: cubren las necesidades entre los 5 y los 12 meses, que se puede utilizar hasta los 3 años.

2.3.7. TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO

(Holanda, 2008) Comenta:

El éxito de la lactancia materna depende bastante de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. Existen muchas posiciones para el

amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando.

La lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé, las madres deben confiar en la capacidad de amamantar y aunque sea un hecho fisiológico y sencillo si hay aspectos que enseñar y reforzar, como es la posición. Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica.

2.3.7.1. Posición Sentada o de Cuna

En este procedimiento se colocan almohadas en los antebrazos de las sillas e indicar a la madre que el bebe debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera .La madre toma al bebe, con el brazo y le acerca contra el seno en un abrazo estrecho, manteniendo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.

2.3.7.2. Posición Semis entada

La madre se coloca en la cama en posición semifowler, sostiene la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, él bebe estará sobre el tórax de la madre.

2.3.7.3. Posición Acostada

La madre recostada en la cama apoya la cabeza sobre el brazo .Se coloca al bebe de costado frente a ella, con la mano .Con la que puede sostenerse o acariciarlo (cesárea).

2.3.7.3. Posición de Sandía

Es una buena posición para después de una cesárea y para amamantar gemelos.

2.3.8. ACCIONES PARA LA PRODUCCIÓN DE LECHE

(DIDONA, 2009) Describe:

- Poner al niño o niña al pecho tan pronto nazca.
- Dar de mamar de día y de noche, cada vez que el niño o niña lo pida.
- Dar de mamar en una posición cómoda.
- Dar de mamar hasta que el niño o niña quede satisfecho.
- Durante los primeros 6 meses dar sólo pecho y nada más. No dar agüitas ni otros líquidos al niño o niña.
- No introducir en la boca del niño o niña ni mamaderas, ni chupones, ni chupetes porque pueden producirle diarrea, se le confunde la lengua y rechaza el pecho.
- La mamá debe comer un poco más de lo acostumbrado y debe tomar más líquidos.
- La mamá debe estar relajada y tener una actitud positiva sobre la lactancia materna.

Entre más mame el niño o niña, más leche produce la madre y entre más leche tome el niño o niña, más aumentará de peso.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

- **HIPOGALACTIA:** Es la deficiente producción de secreción láctea por parte de las glándulas mamarias durante el periodo de lactancia.
- **PREMATURO:** Que ha nacido antes de que se cumplan los nueve meses desde que fue engendrado.
- **ENDORFINAS:** Son unas sustancias químicas que produce el organismo y que cumplen la función de estimular las zonas del cerebro donde se generan las emociones placenteras.
- **DESTETE:** Período en que la madre alterna la lactancia con otro tipo de alimentación, para destetar al niño o a la cría.
- **PUERPERIO:** Puede definirse como el periodo de tiempo que comienza en la finalización del parto hasta las seis semanas postparto, cuando vuelve a la normalidad el organismo femenino.
- **MIMÉTICA:** Que imita los gestos, forma de hablar y otras características de una persona.
- **AMINOÁCIDO:** Son moléculas que se combinan para formar proteínas.
- **BÍFIDO:** Que está dividido en dos.
- **LACTADERINA:** Es una proteína, más concretamente una glicoproteína, presente en la leche y en el calostro.

- **MACROGLOBULINA:** Afección en la que la sangre contiene concentraciones altas de proteínas grandes y es demasiado espesa para fluir por los vasos sanguíneos pequeños.
- **LME:** Lactancia Materna Exclusiva.
- **IgA:** Inmunoglobulina tipo "A"
- **PROTOZOARIOS:** Son organismos de una sola célula, como la ameba, y son diferentes de las bacterias (que no son miembros del reino animal).
- **BIODISPONIBILIDAD:** Criterio que evalúa la proporción y la velocidad de absorción de un medicamento, un alimento o un principio activo, según el modo en el que se administra o se ingiere.
- **GLOBULINA:** Son un grupo de proteínas de la sangre. El sistema inmunitario las produce en el hígado.
- **ALBUMINA:** Es una proteína producida por el hígado. La albúmina ayuda a mantener el líquido dentro del torrente sanguíneo sin que se filtre a otros tejidos.
- **CUAJOS:** Fermento para cuajar la leche y que existe principalmente en la mucosa del estómago de las crías de algunos animales mamíferos.
- **OLIGOSACÁRIDOS:** Son moléculas constituidas por la unión covalente de 2 a 10 monosacáridos cíclicos, de 3 en adelante pueden ser lineales o ramificados.

- **DISACÁRIDO:** También llamados ósidos, son un tipo de glúcidos formados por la condensación (unión) de dos monosacáridos mediante un enlace O-glucosídico (con pérdida de una molécula de agua) pues se establece en forma de éter siendo un átomo de oxígeno el que une cada pareja de monosacáridos.
- **GR:** Gramos.
- **LACTOSA:** Azúcar presente en la leche de los mamíferos, a la que comunica su sabor dulce; se emplea en la industria farmacológica y en alimentación.
- **TRANSICIÓN:** Acción y efecto de pasar de un modo de ser o estar a otro distinto.
- **EPITELIO:** Se refiere a las capas de células que recubren los órganos huecos y las glándulas. También se refiere a aquellas células que conforman la superficie exterior del cuerpo.
- **ENZIMAS:** Proteína soluble producida por las células del organismo, que favorece y regula las reacciones químicas en los seres vivos.
- **INVOLUCIÓN:** Detención y retroceso de una evolución biológica, política, cultural, económica, etc.
- **CALOSTRO:** Líquido de color amarillento claro que segregan las glándulas mamarias de la mujer y la hembra de los animales mamíferos unos meses antes y unos días después del parto, hasta que se produce la subida de la leche; se caracteriza por ser rico en proteínas y sales minerales, con una escasa proporción de lactosa.

- **OXITOCINA:** Hormona secretada por la hipófisis que tiene la propiedad de provocar contracciones uterinas y estimular la subida de la leche.
- **DENSO:** Que tiene mucha materia o masa con relación a su volumen.
- **CRESTAS:** Conjunto de plumas levantadas que tienen ciertas aves en la parte superior de la cabeza.
- **ACINI:** Cada uno de los granos que componen un fruto compuesto como la mora.
- **GALACTÓFORO:** Tubo delgado de la mama que lleva la leche de los lobulillos mamarios hasta el pezón. También se llama conducto de la mama.
- **LÓBULO:** Porción de un órgano, por ejemplo el hígado, el pulmón, la mama, la tiroides o el cerebro.
- **HIPERTELIA:** Desarrollo excesivo de un órgano, que hace que pierda su función e, incluso, que dificulte la de otros.
- **HIPERMASTIA:** Más de dos mamas o tejido mamario en algún punto de la línea mamaria.
- **AMASTIA:** Es una de las anomalías congénitas de la mama menos frecuente, y consiste en la ausencia total de una o de ambas glándulas.

- **FASCIA:** Expansión membranosa, en forma de lámina, formada por tejido conectivo fibroso y resistente, de color blanquecino, que sirve de envoltura a otras estructuras como los músculos.
- **PRENATAL:** Que afecta o concierne al bebé en el período anterior a su nacimiento.
- **GESTANTE:** Que lleva en el útero un embrión fecundado o un feto.
- **APACIBILIDAD:** Cualidad o estado de apacible.
- **NODRIZA:** Mujer encargada de amamantar a un niño ajeno.
- **SUCEDÁNEO:** Dicho de una sustancia: Que, por tener propiedades parecidas a las de otra, puede reemplazarla.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

(Ponce & Jiménez, 2015) argumentan:

Para diseñar una investigación es importante especificar las características del diseño metodológico (tradicionalmente se conoce como la sección de material y métodos o metodología de un proyecto de investigación). El diseño metodológico le dará identidad propia, única y muy particular a la investigación que se desea realizar y ayudará al lector a comprender adecuadamente en qué consistirá la investigación.

El diseño metodológico es la descripción detallada y precisa de las estrategias y procedimientos de cómo se va a realizar la investigación. Los elementos que deben incluirse en el diseño metodológico deben estar relacionados de forma lógica, congruente, presentados y ordenados de manera coherente y sencilla.

(Peña, 2009) señala:

El Diseño metodológico, es una relación clara y concisa de cada una de las etapas de la intervención. El diseño metodológico es la descripción de cómo se va a realizar la propuesta de intervención.

El diseño metodológico son los pasos a seguir para generar una información que mi proyecto de investigación requiere, a la luz de una temática y unos objetivos que se problematizan.

Un diseño metodológico es la forma particular de cómo cada interventor/a organiza su propuesta de intervención. Lo metodológico debe estar soportado por la postura epistemológica, conceptual y ontológica del interventor/a; es decir, cada diseño metodológico ha de responder con

coherencia interna a la concepción de ser humano, a la concepción de educación y a los principios pedagógicos que orientan a cada interventor/a en su quehacer. Por lo tanto, la estrategia de intervención depende del tipo de estudio que se elija (el enfoque), ya que éste determina el diseño, el proceso propuesto a la comunidad, la información generada, la forma como se trabajará con la comunidad y el lugar del profesional interventor.

3.1 FORMAS O TIPOS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación realizada sobre la “Importancia de la Lactancia Materna en niños durante el primer año de vida en el Barrio Cuernavaca de Frontera Comalapa”, es aplicada debido a que la investigación se llevará a la práctica mediante medidas de prevención con nuestra muestra que son las personas del lugar antes mencionado por medio de los instrumentos más factibles y de esta forma poder comprobar hipótesis planteada al inicio.

3.1.1 INVESTIGACION PURA

(Tamayo, 1999) Menciona:

Recibe también el nombre de pura y fundamental, tiene como fin la búsqueda del progreso científico, mediante el acrecentamiento de los conocimientos teóricos, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es de orden formal y busca las generalizaciones con vista al desarrollo de una teoría basada en principios y leyes.

3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA

(Bunge, 1969) Afirma:

La investigación aplicada busca o perfecciona recursos de aplicación del conocimiento ya obtenido mediante la investigación pura, y, por tanto, no busca la verdad, como la investigación pura, sino la utilidad. En otras palabras, se trata aquí de investigar las maneras en que el saber científico producido por la investigación pura puede implementarse o aplicarse en la realidad para obtener un resultado práctico.

3.2 TIPOS DE ESTUDIO

(Cazau, 2006) señala:

La investigación es un proceso por el cual se enfrentan y se resuelven problemas en forma planificada, y con una determinada finalidad.

El tema de “Importancia de la Lactancia Materna en niños durante el primer año de vida en el Barrio Cuernavaca de Frontera Comalapa” es un estudio de tipo explicativa y descriptiva. Es explicativa porque como personal de Enfermería y del área de Salud se expondrá y se explicara la gran importancia y los beneficios de la lactancia materna para los niños durante el primer año de vida. Por otro lado, también es un estudio de tipo descriptivo porque se describirá la importancia de la lactancia materna, sus beneficios y algunas técnicas de amamantamiento.

3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL

Cortés e Iglesias (2004) Mencionan:

Los estudios correlacionales tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. La utilidad principal de los estudios correlacionales cuantitativos es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.

3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO

Cortés e Iglesias (2004) Señalan:

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) Reafirman:

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o porque se relacionan dos o más variables.

3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) Explican:

Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente “Importancia de la Lactancia Materna en niños durante el primer año de vida en el Barrio Cuernavaca de Frontera Comalapa” es una investigación de tipo no experimental, y sobre todo específicamente de corte transversal, debido a que solo se estudiará el fenómeno una sola ocasión sin modificar conductas, exceptuando las medidas para la lactancia materna que en la mayoría de los casos, las personas no practican y sobre todo porque solo se observará la situación actual tal y como está sucediendo en su contexto natural.

3.3.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL

Malagar, (2008) Considera:

En este método los tratamientos de la variable independiente han sido manipulados por el investigador-X- por lo que se tiene el mayor control y evidencia de la causa y efecto.

Sampieri (2006) Señala:

En los experimentos se diseñan pruebas en las cuales se inducen cambios es decir se manipulan las variables que intervienen en un proceso o sistema deliberadamente (supuestas causas), de manera que sea posible observar, identificar y analizar las causas en la respuesta obtenida. En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después analizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se ‘construye’ una realidad.

3.3.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL

Malagar, (2008) Refiere:

En este método, existe un grupo de sujetos a los cuales se realiza una prueba-O- de medición de la variable dependiente, pero los tratamientos de la variable independiente-X- no fueron manipulados o controlados por el investigador. También se denomina investigación ex - post - facto.

Sampieri (2006) Indica:

La investigación no experimental es la que no manipula deliberadamente las variables a estudiar. Lo que hace este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto actual, para después analizarlo. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes.

3.3.2.1 INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL

(Sampieri, 2010), Menciona:

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede.

3.3.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL

(Sampieri, 2010), Señala:

Son estudios que recaban datos en diferentes puntos del tiempo, para realizar inferencias acerca de la evolución, sus causas y sus efectos.

3.4 ENFOQUES

Toda investigación necesita contar con enfoques que orienten su realización, que permitan diseñar y/o elegir los instrumentos que nos servirán para la recolección de los datos y las características que éstos deben tener.

La investigación que se viene mencionando hasta este momento tiene un enfoque mixto debido a que combinamos el enfoque cuantitativo con el cualitativo; es decir que se describirán cualidades o características del fenómeno y posteriormente se usaran datos numéricos.

3.4.1 ENFOQUE CUALITATIVO

(Patton 1980,1990), Menciona:

Los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones. Por lo expresado en los párrafos anteriores, el investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, interacción e introspección con grupos o comunidades.

La investigación cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica.

3.4.2 ENFOQUE CUANTITATIVO

(Sampieri 2006), Menciona:

Cuando hablamos de una investigación cuantitativa damos por aludido al ámbito estadístico, es en esto en lo que se fundamenta dicho enfoque, en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, que es importante señalar, se han planteado con antelación al proceso metodológico; con un enfoque cuantitativo se plantea un problema y preguntas concretas de lo cual se derivan las hipótesis.

3.4.3 ENFOQUE MIXTO

(Sampieri) Menciona:

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

(Cortés e Iglesias, 2004), Afirman:

La investigación es mixta porque se utilizará tanto el enfoque cualitativo como el cuantitativo, en el cualitativo se observará las reacciones de la gente a la hora de responder la encuesta; es cuantitativo porque realizaremos encuestas para cuantificar el problema.

En un enfoque mixto el investigador utiliza las técnicas de cada uno por separado, se hacen observaciones, entrevistas, se realizan encuestas para saber las opiniones de cada cual sobre el tema en cuestión, se trazan lineamientos sobre las políticas a seguir según las personas que intervengan, además esas encuestas pueden ser valoradas en escalas medibles y se hacen valoraciones numéricas de las mismas, se obtienen rangos de valores de las respuestas, se observan las tendencias obtenidas, las frecuencias, se hacen histogramas, se formulan hipótesis que se corroboran posteriormente.

3.5 UNIVERSO O POBLACIÓN

La población de estudio será el Barrio Cuernavaca de Frontera Comalapa”

Como profesionales de la salud surge el interés de abordar este tema ya que es un problema que va en aumento en nuestros días y específicamente en este Municipio la incidencia es mucho más alta debido a la falta de conocimientos sobre la importancia y los beneficios de la lactancia materna en los niños durante el primer año de vida

(Leon, 2007) Menciona:

La población de una investigación está compuesta por todos los elementos (personas, objetos, organismos, historias clínicas) que participan del fenómeno que fue definido y delimitado en el análisis del problema de investigación. La población tiene la característica de ser estudiada medida y cuantificada.

(Selltiz, 1980), Recalca:

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.

3.5.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

Frontera, es un adjetivo refiriéndose al límite que hace con la República de Guatemala y el término Comalapa proviene de la voz náhuatl: Comalapan, “en el agua de los comales”, que deriva de las voces: Comalli, comal; Atl, agua; y Pan, adverbio de lugar. Pero también se considera que su nombre se debe al recuerdo de la extinta San Juan Comalapa, y está sobre el paraje Cushú, que se encontraba cerca de Tecpan, Guatemala; es decir en la frontera. El Municipio de Frontera Comalapa 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.

Frontera Comalapa se encuentra ubicado en la zona fronteriza del Estado de Chiapas, limita al norte con el municipio de La Trinitaria, al oeste con el municipio de Chicomuselo, al sur con los municipios de Amatenango de la Frontera y Bella Vista, al este limita con Guatemala, en particular con el Departamento de Huehuetenango. Tiene una extensión territorial del 717.90 km² que representan el 5.62% de la superficie de la región Fronteriza y el 0.94% a nivel estatal.

Se encuentra ubicado en la transición entre la Sierra Madre de Chiapas y la Depresión Central de Chiapas, por lo que su relieve es diverso, siendo montañoso al sur y desciende en medida que se avanza hacia el norte. El municipio tiene una población de 57,580 habitantes según los resultados del Censo de Población y Vivienda de 2005 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, de ese total, 27,349 son hombres y 30,231 son mujeres.

3.6 MUESTRA

(M. I. Ortego), Afirma:

Se denomina muestra a un subconjunto de unidades estadísticas extraído del universo del cual se quiere conocer ciertas características. Es a partir de los resultados observados sobre la muestra que se va a extrapolar para producir estimaciones de dicho universo.

La muestra de nuestra investigación serán quince personas del Barrio Cuernavaca de Frontera Comalapa.”

3.6.1 TIPOS DE MUESTREO

La investigación que se presenta es no probabilística de tipo de muestreo accidental o bola de nieve, es no probabilística debido a que solo se encuestarán a un número determinado de personas de la población general del Municipio y es accidental o bola de nieve ya que se encuestarán a personas de la población general que se encuentren disponibles en ese momento en el lugar acordado. A continuación, se describen los diferentes tipos de muestreo.

3.6.1.1 PROBABILÍSTICO

Es requisito que todos y cada uno de los elementos de la población tenga la misma probabilidad de ser seleccionados (azar). Se debe tener disponible un listado completo de todos los elementos de la población, a esto se le llama Marco de Muestreo.

3.6.1.1.1 Aleatorio Simple

(Velázquez A. P.) Señala:

El muestreo aleatorio es una técnica que permite obtener una muestra representativa de la población. Ésta se basa en el concepto de probabilidad, el cual marca que cualquier elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser elegido y que la elección de cada elemento es independiente de cualquier selección previa. Los muestreos probabilísticos son de varios tipos.

3.6.1.1.2 Estratificado

(Otzen T. 2017) Define:

Aleatorio estratificado: Se determina los estratos que conforman la población blanco para seleccionar y extraer de ellos la muestra (se define como estrato a los subgrupos de unidades de análisis que difieren en las características que van a ser analizadas).

3.6.1.1.3 Sistemático

(Velázquez M. e.), Menciona:

En este caso se elige de manera aleatoria el sitio de muestreo para un estrato determinado, mientras que en los estratos restantes el sitio de muestreo se determina a partir de la misma posición relativa. Un caso típico de esto consiste en elegir el centro de cada estrato como sitio de la muestra.

3.6.1.1.4 Por Conglomerado

(Otzen T. 2017) Menciona:

Consiste en elegir de forma aleatoria ciertos barrios o conglomerados dentro de una región, ciudad, comunidad etc., para luego elegir unidades más pequeñas como cuadras, calles, etc. y finalmente otras más pequeñas, como escuelas, consultorios, hogares (una vez elegido esta unidad, se aplica el instrumento de medición a todos sus integrantes).

3.6.1.2 NO PROBABILÍSTICO

(Sampieri, 2010), Argumenta:

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.

3.6.1.2.1 Muestreo por Conveniencia

(Casal, 2003) Explica:

Consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo, siendo este el mayor inconveniente del método ya que no podemos cuantificar la representatividad de la muestra.

3.6.1.2.2 Muestreo por Cuotas

Todos los elementos conocidos de la población tienen que aparecer en la muestra. Se debe asegurar que estos aparezcan en la misma proporción que en la población. El investigador entrevista a todas las personas de cada categoría que pueda encontrar hasta que haya llenado la cuota.

3.6.1.2.3 Accidental o Bola de Nieve

Espinoza señala:

Se aprovecha o utiliza personas disponibles en un momento dado que se corresponda con el propósito del estudio.

3.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que principalmente se aplicarán en esta investigación son, la observación y la encuesta, ésta última a partir de la aplicación de un cuestionario compuesta de preguntas abiertas y cerradas con la finalidad de obtener opiniones o respuestas más precisas y hacer mucho más fácil la tabulación de los resultados.

Las técnicas que se usaron en la investigación son la observación directa en la que observaremos las actitudes de las personas a la hora de encuestarlas, así como la técnica de la encuesta para recopilar datos indispensables para comprobar hipótesis.

3.7.1 OBSERVACIÓN

Tradicionalmente el acto de "observar" se asocia con el proceso de mirar con cierta atención una cosa, actividad o fenómeno, o sea concentrar toda su capacidad sensitiva en algo por lo cual estamos particularmente interesados.

En la investigación se hará uso de esta técnica, apoyándose del instrumento ficha de observación.

3.7.2 ENCUESTA

Para algunos investigadores no es otra cosa que la recolección sistemática de datos en una población o en una muestra de la población, mediante el uso de entrevistas personales y otros instrumentos para obtener datos. Habitualmente a este tipo de estudio se le denomina así, cuando se ocupa de grupos de personas, numerosas y dispersas. Para otros, la encuesta es solo una pluralidad de técnicas que se utilizan a nivel masivo.

En la investigación se utilizará la encuesta para recopilar datos de la muestra apoyándose del instrumento cuestionario, el cual consta de tres apartados con un total de 15 preguntas, dicho cuestionario se aplicará a quince personas que se encuentren disponibles en el Barrio Cuernavaca de Frontera Comalapa.”

3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.8.1 CUESTIONARIO

A continuación, se presenta el modelo de cuestionario que se aplicará a nuestra muestra, el cual se llevará a cabo en el Barrio Cuernavaca de Frontera Comalapa” a 15 personas que se encuentren disponibles en ese momento. La encuesta se llevará a cabo el día 20 de mayo del año 2022 a las 09:00 hrs.

CUESTIONARIO

Fecha: _____ **N° De Cuestionario:**_____.

A continuación se presenta un cuestionario elaborado para fines de investigación, por lo que te pedimos de la manera más respetuosa y sincera responder cada una de ellas o en su caso apoyarnos con los datos solicitados.

Nota: Es importante aclarar que los datos y las respuestas obtenidas serán tratadas con respeto y sobre todo con confidencialidad.

Instrucciones: Lee detenidamente cada una de las preguntas que se te presentan o datos que se te solicitan y posteriormente marca con una línea la respuesta que tu consideres.

I.- DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Edad: _____ **Sexo:** _____

Escolaridad: _____ **Ocupación:** _____

II.- DATOS DE CONOCIMIENTO

1.- ¿SABES QUE ES LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME)?

- a) Si
- b) No

2.- ¿CONOCES LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LOS NIÑOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA?

- c) Si
- d) No

3.- ¿SABES CUALES SON LO BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA PARA TU BEBE?

- a) Si
- b) No

4.- ¿SABES CUALES SON LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LAS MADRES?

- a) Si
- b) No

5.- ¿SABES QUE ES EL CALOSTRO?

- a) Si
- b) No

II.- DATOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

6.- ¿A QUÉ EDAD CONSIDERAS QUE SE DEBE QUITAR LA LACTANCIA MATERNA?

7.- ¿CUAL ES LA POSICION MAS FRECUENTE QUE USAS PARA AMAMANTAR A TU BEBE?

- a) Sentada
- b) Acostada
- c) De pie

8.- ¿CADA CUANTO AMAMANTAS A TU BEBE?

- a) Tres veces al día
- b) De 4 a 7 veces al día
- c) De 8 a 10 veces al día
- d) Cuando tenga hambre

9.- ¿UTILIZAS ALGUN TIPO DE FORMULA PARA COMPLEMENTAR LA LACTANCIA MATERNA?

- a) Si
- b) No

10.- ¿CONSIDERAS CONVENIENTE EL USO DE DISPOSITIVOS (CHUPON) PARA AMAMANTAR?

- a) Si
- b) No

11.- ¿EL PESO DE TU BEBE ES DE ACUERDO A SU EDAD?

- a) Si
- b) No

12.- ¿QUE TANTA LECHE PRODUCE?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Regular

13.- ¿PADECE ALGUNA PATOLOGIA DE LAS MAMAS QUE LE IMPIDE DAR LACTANCIA MATERNA A SU BEBÉ?

- a) Si
- b) No

14.- ¿CONSUME ALGUNA SUSTANCIA NOCIVA O TOXICOLOGICA COMO EL CIGARRO Y/O BEBIDAS ALCOLICAS?

- a) Si
- b) No

15.- ¿COMO CONSIDERAS TU ALIMENTACION DURANTE EL PROCESO DE LACTANCIA MATERNA?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL MARCO METODOLOGICO

El día viernes 20 de Mayo del año en curso se realizó la aplicación de las encuestas y fichas de observaciones a las personas previstas de acuerdo a la muestra establecida. La muestra utilizada fue de 15 personas que se encontraban disponibles en el Barrio Cuernavaca, Municipio de Frontera Comalapa, Chiapas.

La encuesta se llevó a cabo en un promedio de 3 horas por parte de los tesisistas profesionales de Enfermería del 9° cuatrimestre, modalidad semiescolarizada de la Universidad del Sureste, Campus de la Frontera.

Cabe destacar que el proceso de investigación se llevó a cabo de manera satisfactoria obteniendo los resultados de la participación deseada.

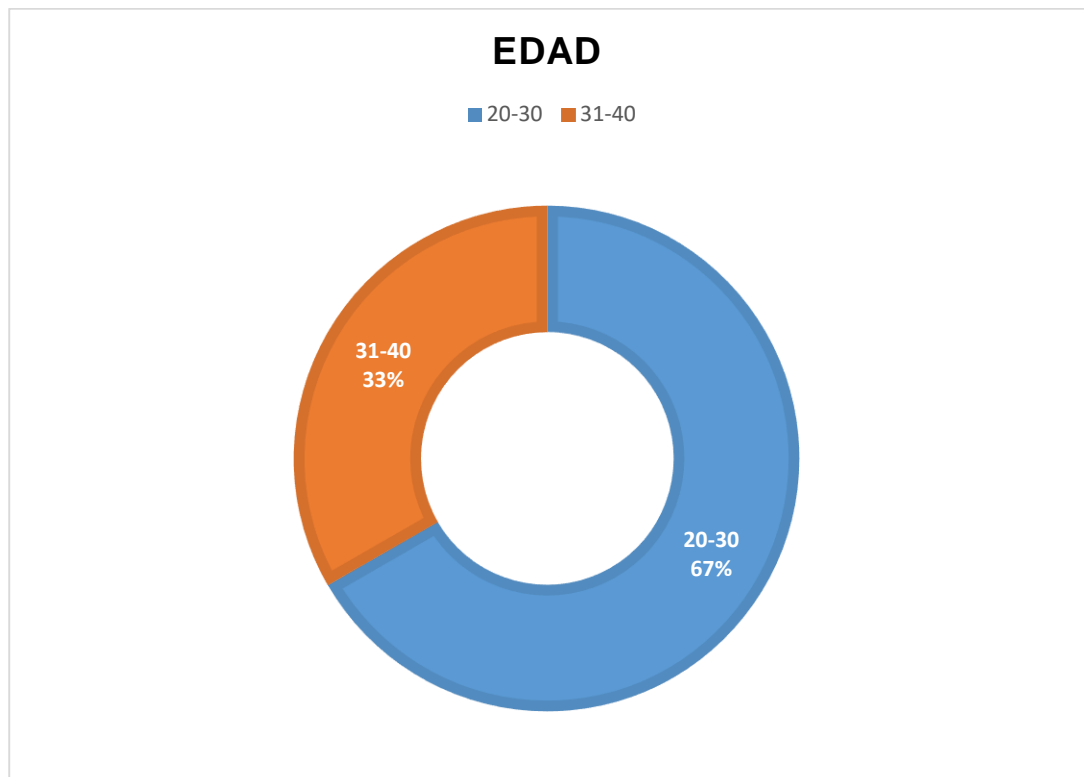
En el siguiente apartado se presenta los resultados a través de graficas que nos permitieron realizar un análisis e interpretación de la información para conocer la situación que prevalece respecto al fenómeno Importancia de la lactancia materna en niños durante el primer año de vida del Barrio Cuernavaca, Municipio de Frontera Comalapa, Chiapas, que a su vez fue la base para la construcción de las recomendaciones y propuestas.

4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

TABLA 1: DATOS PERSONALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	20-30	10	67%
	31-40	5	33%
	TOTAL	15	100%
SEXO	FEMENINO	14	93%
	MASCULINO	1	7%
	TOTAL	15	100%
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	5	33%
	SECUNDARIA	5	33%
	PREPARATORIA	4	27%
	UNIVERSIDAD	1	7%
	TOTAL	15	100%
ESCOLARIDAD	AMA DE CASA	5	33%
	PROFESIONISTA	3	20%
	COMERCIANTE	7	47%
	TOTAL	15	100%

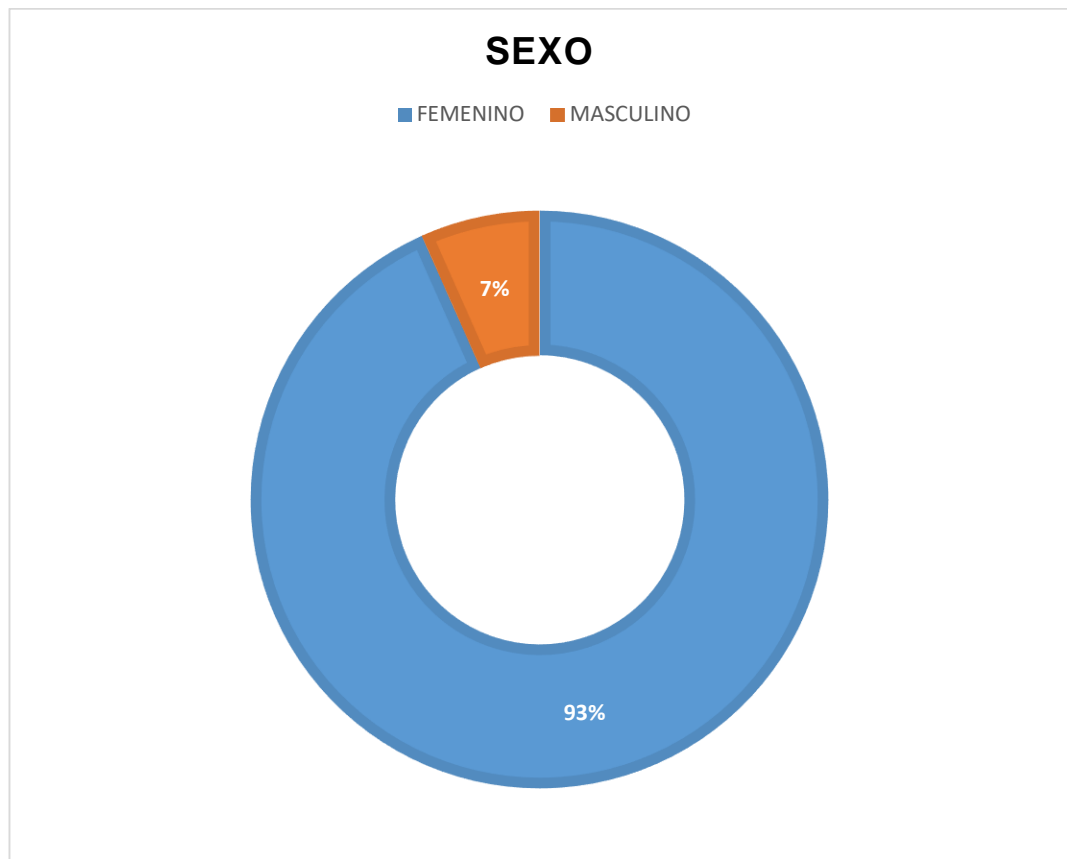
GRÁFICA 1



ANÁLISIS: La gráfica anterior presenta la variable de edad y observamos que el mayor número de porcentaje, es decir el 67% corresponde a personas de entre 20 a 30 años y el otro 33% a personas de 31 a 40 años de edad.

INTERPRETACIÓN: En la gráfica presentada podemos observar la diferencia tan notable entre los grupos de edad, ya que la mayoría corresponde a edades precoces y la menor parte a personas en edades avanzadas y de esta forma podemos interpretar claramente que las personas menores tienen más tentativa de captar la información proporcionada.

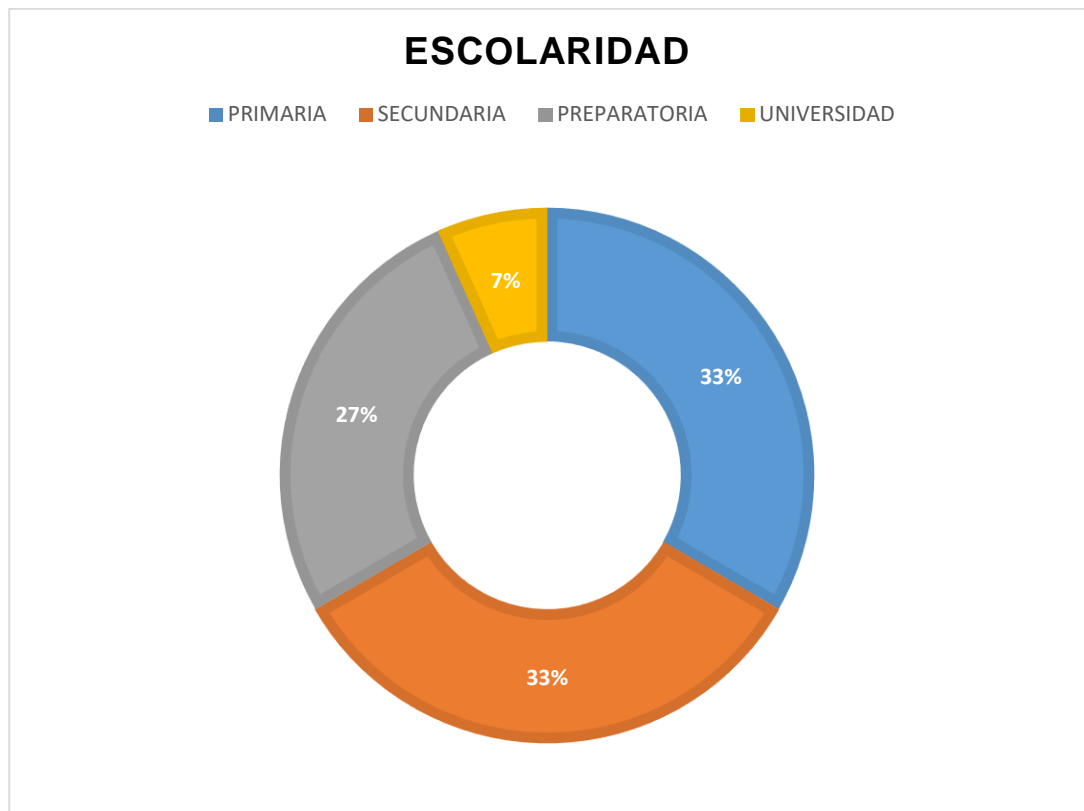
GRÁFICA 2



ANÁLISIS: De acuerdo a la gráfica presentada se observa que el 93% de los encuestados pertenecen al sexo femenino y solo 7% al sexo masculino.

INTERPRETACIÓN: En la grafica de arriba observamos que casi el total de las personas encuestadas son mujeres y solo una persona es del sexo masculina. Esto no determina nada para nuestra investigación ya que la lactancia materna es un tema que tanto hombres y mujeres deben conocer.

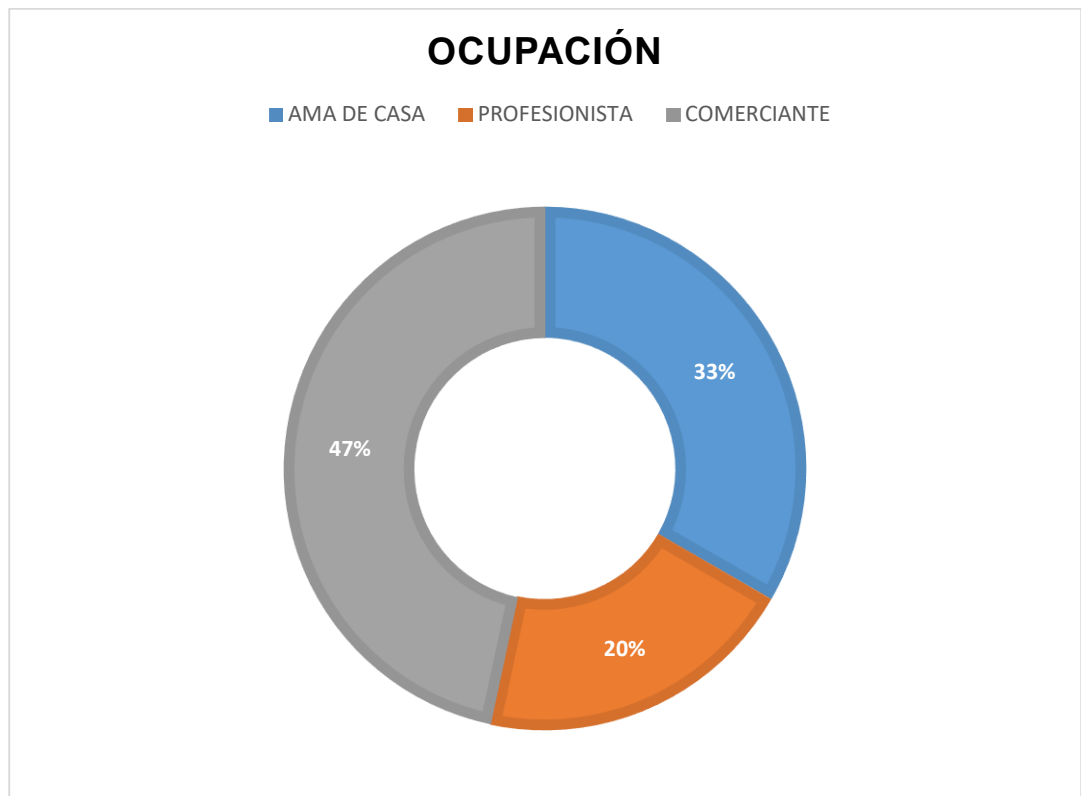
GRÁFICA 3



ANÁLISIS: La grafica de arriba arroja los resultados de la variable escolaridad y se observa que la mayor parte de los encuestados con un 33% tiene la secundaria terminada, en segundo lugar, con un 33% la primaria, con un 27% la preparatoria y finalmente con un 7% la universidad.

INTERPRETACIÓN: En la gráfica presentada observamos que la mayor parte de las personas encuestadas con un alto porcentaje tienen terminada la secundaria y los otros niveles básicos de escolaridad, lo que nos hace pensar que tienen conocimientos sobre la patología en estudio y esta a su vez nos ayuda a prevenirla.

GRÁFICA 4



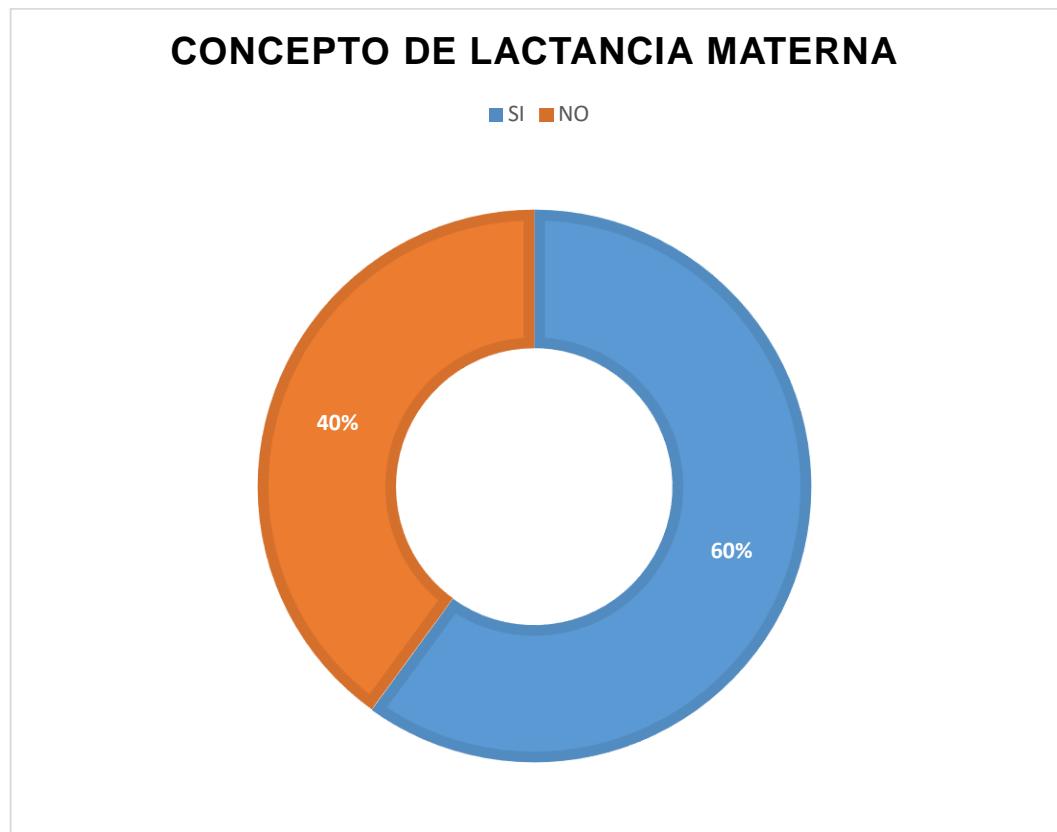
ANÁLISIS: En la tabulación de la variable ocupación se observa que el mayor porcentaje con un 47% se trata de personas que se dedican al comercio, un 33% son amas de casa y finalmente el 20% se dedican a trabajos profesionales.

INTERPRETACIÓN: La grafica anterior nos presenta la distribución de la ocupación de los encuestados y podemos observar que la mayoría de personas de nuestra muestra se dedica al comercio y la menor parte al trabajo profesional, lo que nos da la pauta para pensar que al estar trabajando en el comercio la alimentación de sus hijos quizás no sea la adecuada comparado con las amas de casa y el resto de mujeres, aumentando así el número de personas que desconocen la importancia de la lactancia materna.

TABLA 2: DATOS DE CONOCIMIENTO

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA	SI	9	60%
	NO	6	40%
	TOTAL	15	100%
IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA	SI	12	80%
	NO	3	20%
	TOTAL	15	100%
BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA PARA EL NIÑO	SI	13	87%
	NO	2	13%
	TOTAL	15	100%
BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA PARA LA MADRE	SI	5	33%
	NO	10	67%
	TOTAL	15	100%
CONOCIMIENTO DEL CALOSTRO	SI	7	47%
	NO	8	53%
	TOTAL	15	100%

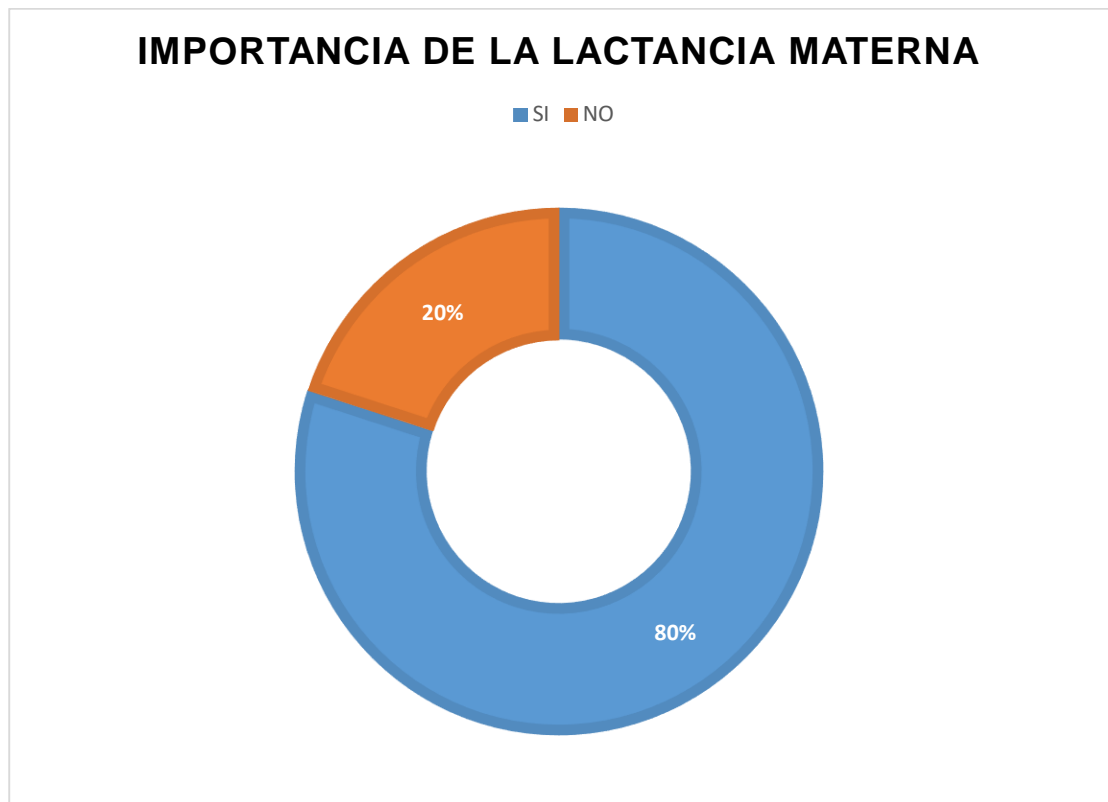
GRÁFICA 5



ANÁLISIS: La grafica anterior muestra que, de la población encuestada para el trabajo de investigación, el 60% si conoce el concepto de lactancia materna y solo el 40% no conoce el concepto de este tema.

INTERPRETACIÓN: En esta grafica podemos dar cuenta que la mayoría de las personas encuestadas si conocen el concepto de lactancia materna, si han escuchado este término, pero en realidad no conocen todos los puntos como la importancia de ésta y menos de la mitad no conocen el concepto, lo que nos indica que para nuestra investigación fue de suma importancia la promoción de este tema para ayudar a disminuir el riesgo de problemas por falta de lactancia materna.

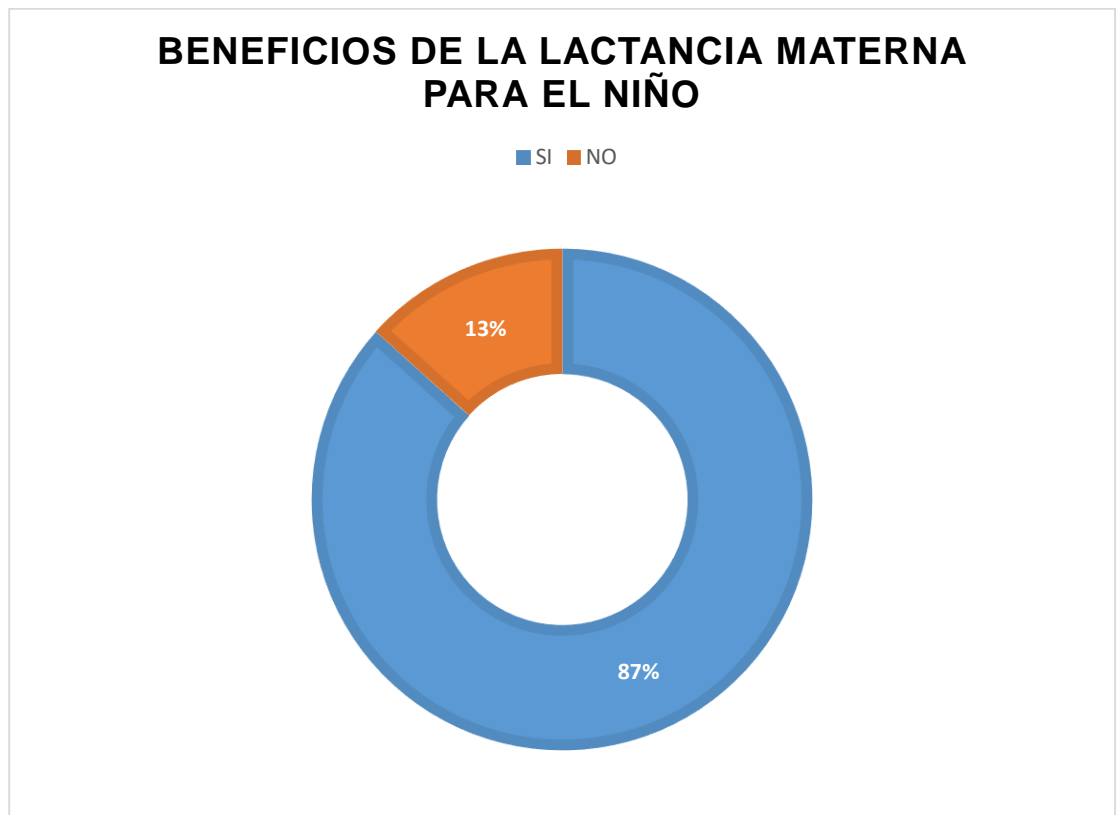
GRÁFICA 6



ANÁLISIS: La grafica de arriba arroja que, de la población encuestada para el trabajo de investigación, el 80% si conoce la importancia de la lactancia materna y solo el 20% no conoce la importancia de este concepto.

INTERPRETACIÓN: En esta grafica podemos darnos cuenta que la mayoría de las personas encuestadas si conocen la importancia de la lactancia materna e incluso si han escuchado este término, y menos de la mitad no conocen la importancia de realizar esta actividad, lo que nos indica que para nuestra investigación fue de suma importancia la promoción de este tema para ayudar a aumentar los conocimientos sobre la importancia y de esta manera disminuir el riesgo de problemas por falta de lactancia materna en niños.

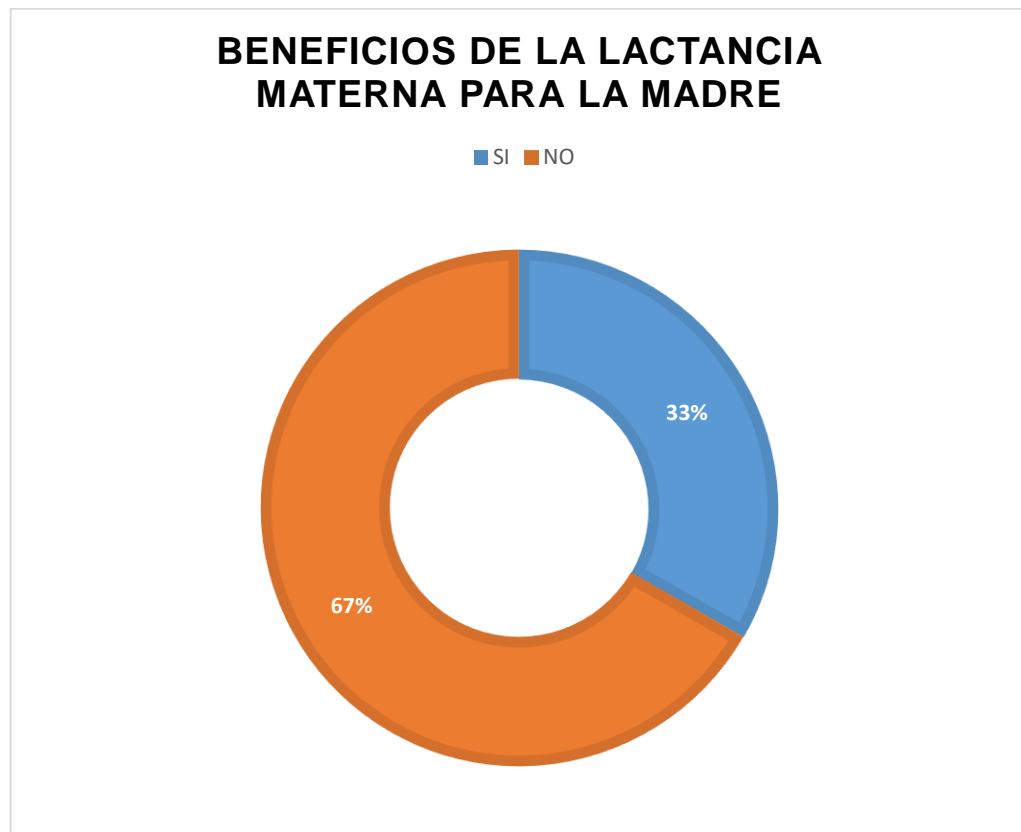
GRÁFICA 7



ANÁLISIS: La grafica anterior muestra que, de la población encuestada para el trabajo de investigación, el 87% de la población encuestada conocen los beneficios de la lactancia materna y solo el 13% desconocen estos beneficios.

INTERPRETACIÓN: En esta grafica podemos darnos cuenta que la mayoría de las personas encuestadas si conocen los beneficios de la lactancia materna tanto para el niño como para la madre y la mínima parte desconocen estos beneficios. Es importante entonces seguir con la difusión de información a la población que no las conoce para ampliar sus conocimientos y de esta forma practiquen la lactancia materna.

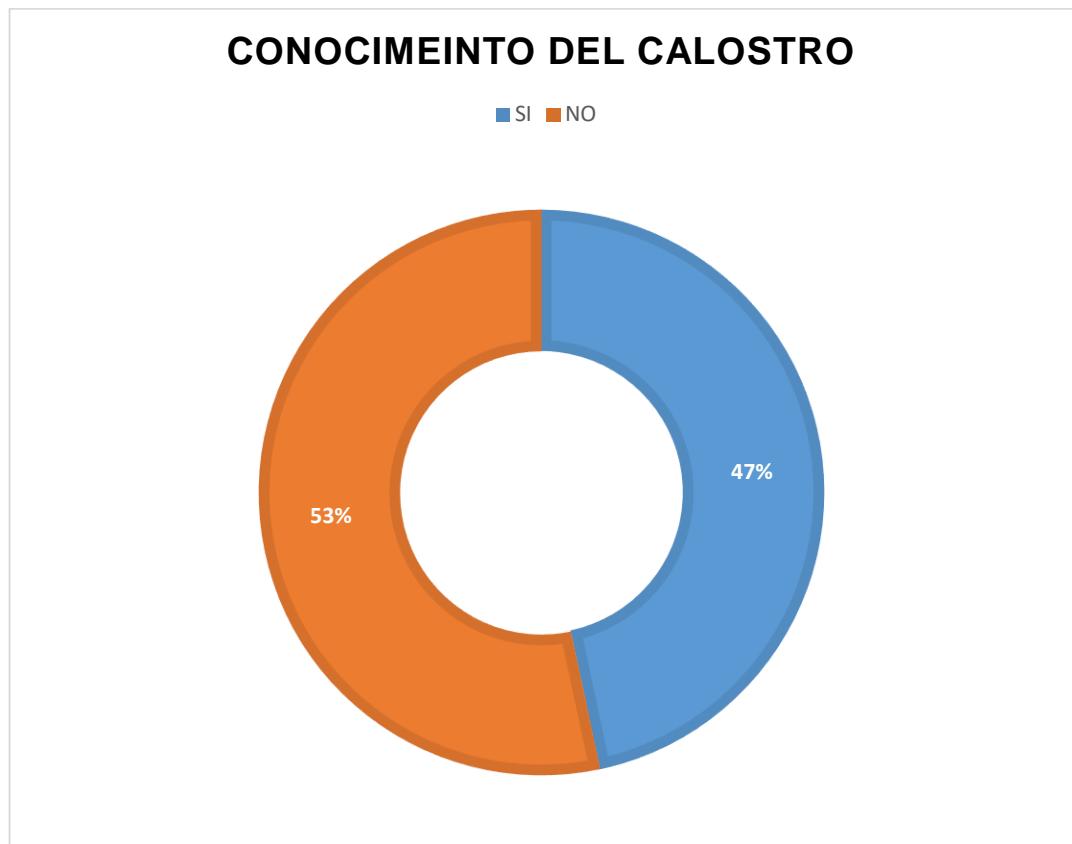
GRÁFICA 8



ANÁLISIS: La grafica anterior muestra que, de la población encuestada para el trabajo de investigación, el 67% de la población encuestada no conocen los beneficios de la lactancia materna para la madre y solo el 33% si conocen estos beneficios.

INTERPRETACIÓN: En esta grafica podemos darnos cuenta que la mayoría de las personas encuestadas no conocen los beneficios de la lactancia materna para la madre y la mínima parte si conocen estos beneficios. Es importante entonces seguir con la difusión de información a la población que no las conoce para ampliar sus conocimientos y de esta forma practiquen la lactancia materna, ya que si conocen los beneficios, pero únicamente para el niño, mas no para la madre.

GRÁFICA 9



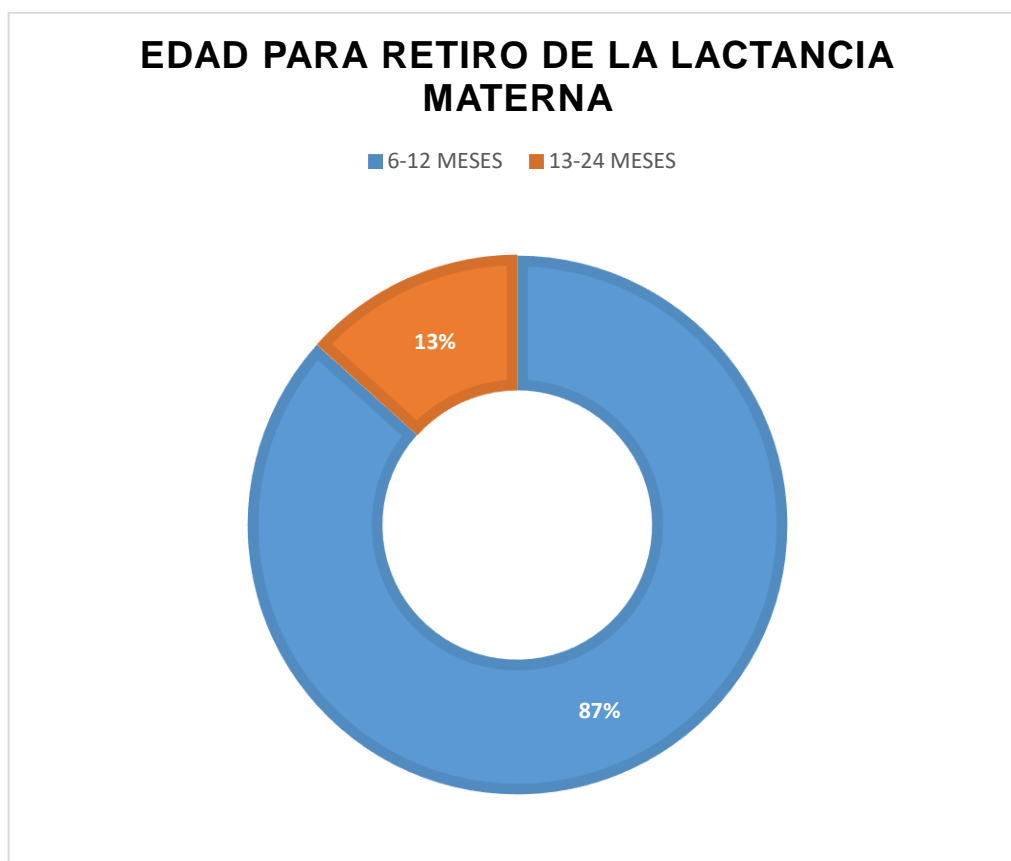
ANÁLISIS: La grafica que se presenta en esta sección, revela los resultados de la variable conocimiento del calostro y con un 53% las personas que no conocen que es el calostro y un 47% si conocen que es esta sustancia.

INTERPRETACIÓN: Definitivamente podemos observar la poca diferencia entre las personas que si saben que es el calostro y las que no saben, entonces es muy importante llevar a cabo la difusión de la información mediante platicas y entrega de trípticos sobre el concepto y los beneficios del calostro o como muchos le llaman, la primera leche de la madre.

TABLA 3: DATOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD PARA RETIRO DE LA LACTANCIA MATERNA	6-12 MESES	13	87%
	13-24 MESES	2	13%
	TOTAL	15	100%
POSICION DE AMAMANTAMIENTO	SENTADA	9	60%
	ACOSTADA	5	33%
	DE PIE	1	7%
	TOTAL	15	100%
FRECUENCIA DE AMAMANTAMIENTO	3 VECES AL DIA	0	0%
	4-7 VECES AL DIA	1	7%
	8-10 VECES AL DIA	0	0%
	CUANDO TIENE HAMBRE	14	93%
	TOTAL	15	100%
FORMULA PARA COMPLEMENTO DE LACTANCIA MATERNA	SI	8	53%
	NO	7	47%
	TOTAL	15	100%
DISPOSITIVOS PARA AMAMANTAR	SI	4	27%
	NO	11	73%
	TOTAL	15	100%
RELACION PESO-EDAD	SI	15	100%
	NO	0	0%
	TOTAL	15	100%
CANTIDAD DE LECHE	MUCHO	9	60%
	POCO	2	13%
	REGULAR	4	27%
	TOTAL	15	100%
PATOLOGIA DE LAS MAMAS	SI	15	100%
	NO	0	0%
	TOTAL	15	100%
TOXICOLOGIAS	SI	15	100%
	NO	0	0%
	TOTAL	15	100%
ALIMENTACION DURANTE LA LACTANCIA MATERNA	BUENA	9	60%
	REGULAR	6	40%
	MALA	0	0%
	TOTAL	15	100%

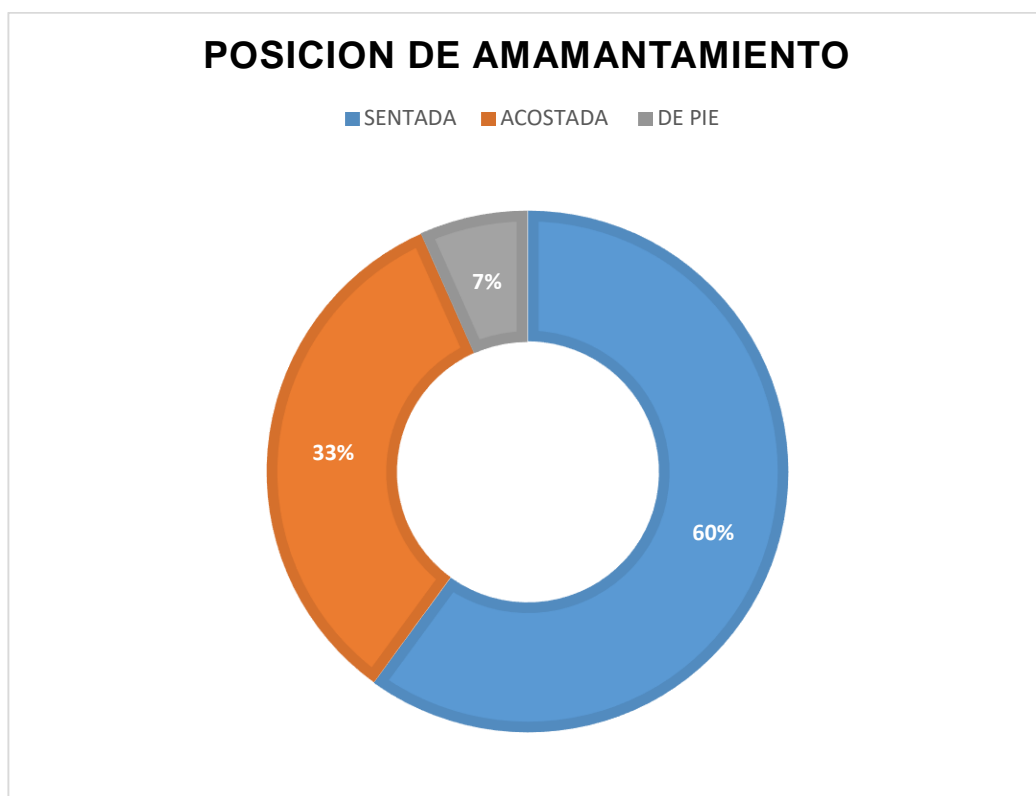
GRÁFICA 10



ANÁLISIS: La tabla que se muestra en la parte de arriba muestra que el 87% de la población encuestada considera que la edad promedio para retirara la lactancia materna es entre los 6 a 12 meses de edad y el otro 13% considera el retiro de la lactancia materna de 13 a 24 meses de edad.

INTERPRETACIÓN: La tabla presentada anteriormente `da a conocer que la mayor parte de la población considera optimo retirar la lactancia materna a una edad de 6 a 12 meses y efectivamente, tal como lo establecen estudios recientes y la OMS son las edades mas considerables ya que después de ese tiempo, la leche materna ya no tiene nutrientes como en los primero meses.

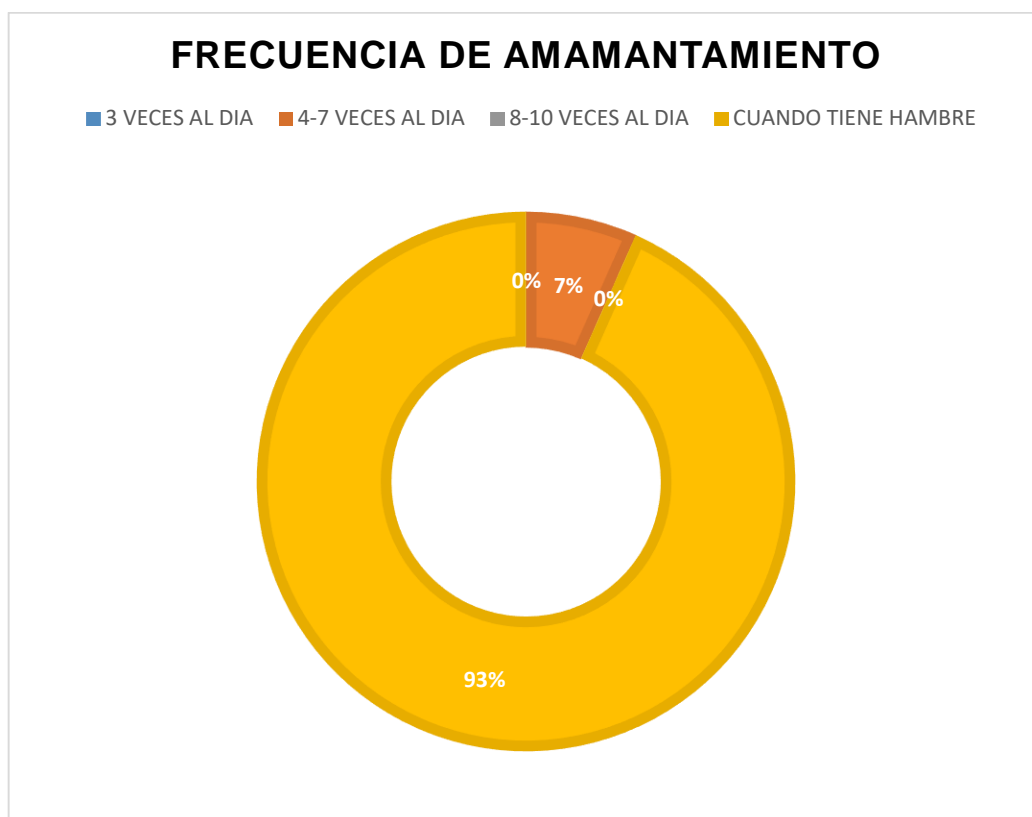
GRÁFICA 11



ANÁLISIS: En la tabla presentada en esta sección se puede observar la variable posición de amamantamiento y con un 60% considerable respondieron que usan la posición sentada, el 33% acostadas y con un 7% dicen hacerlo de pie.

INTERPRETACIÓN: Como se puede apreciar en la tabla de arriba la mayoría de las encuestadas amamantan a su hijo en posición sentada según por la comodidad de ellas y con un porcentaje menor lo realizan en posición sentadas o de pie. La posición de amamantamiento es tan importante en esta investigación, ya que nos sirvió para brindarles información que la posición que decidan usar no tiene nada con los beneficios de la leche, pero si la importancia de amamantar y no usar formulas.

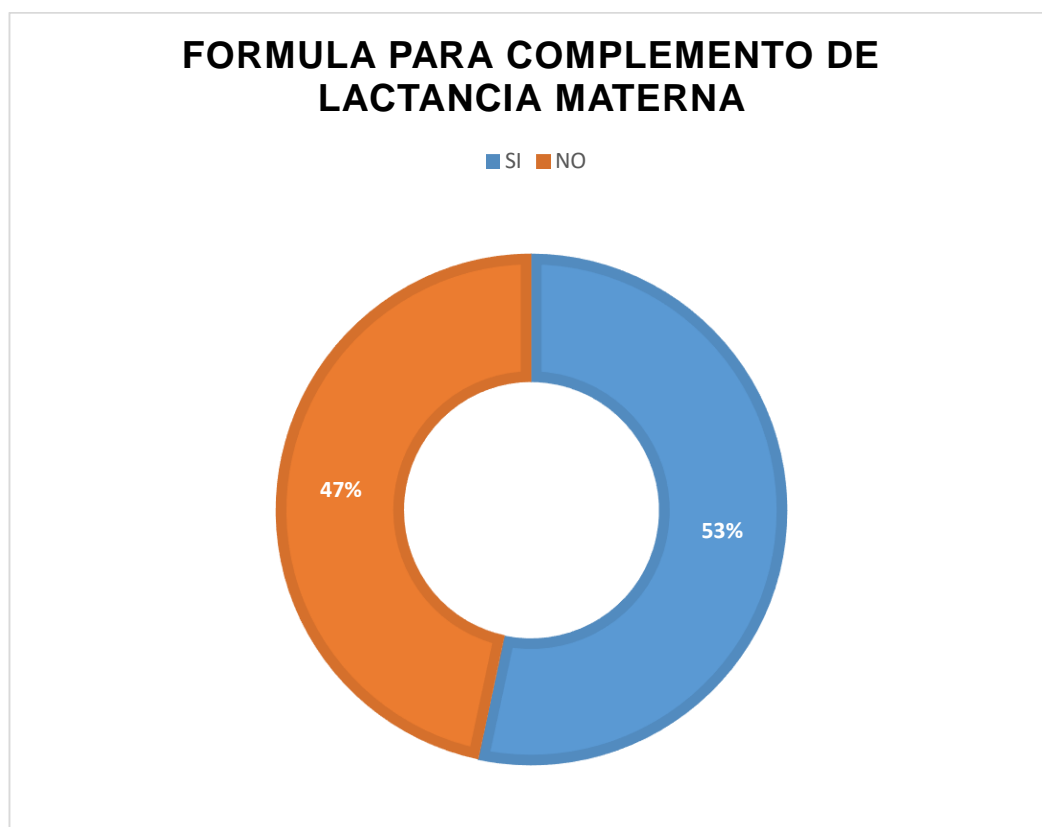
GRÁFICA 12



ANÁLISIS: La grafica anterior muestra que, de la población encuestada para el trabajo de investigación, el 93% de la población encuestada amamantan a su hijo cuando tiene hambre y solamente el 7% menciona que lo hace de 4 a 7 veces al día.

INTERPRETACIÓN: En esta grafica podemos darnos cuenta que la mayoría de las personas encuestadas amamantan a sus hijos solo cuando estos tienen hambre. El seno materno se ofrece definitivamente a libre demanda, es decir cuando el niño quiera alimentarse, lo mas importante es satisfacer la necesidad del infante así que esta información es tan importante en nuestro proceso de investigación.

GRÁFICA 13



ANÁLISIS: En la tabla anterior se muestra la variable del uso de formula como complemento de la alimentación del niño y se observa como un 53% si usa formulas y un 47% no usa ningún tipo de complemento.

INTERPRETACIÓN: La lactancia materna es una actividad tan importante en la vida del recién nacido en los primeros meses de vida y definitivamente es mucho mejor que sea exclusiva y no combinarlo o sustituirlo con formulas a menos que fuera realmente necesario y esta información es la que se tiene que dar a toda la población que usa formulas para complementar la alimentación del niño

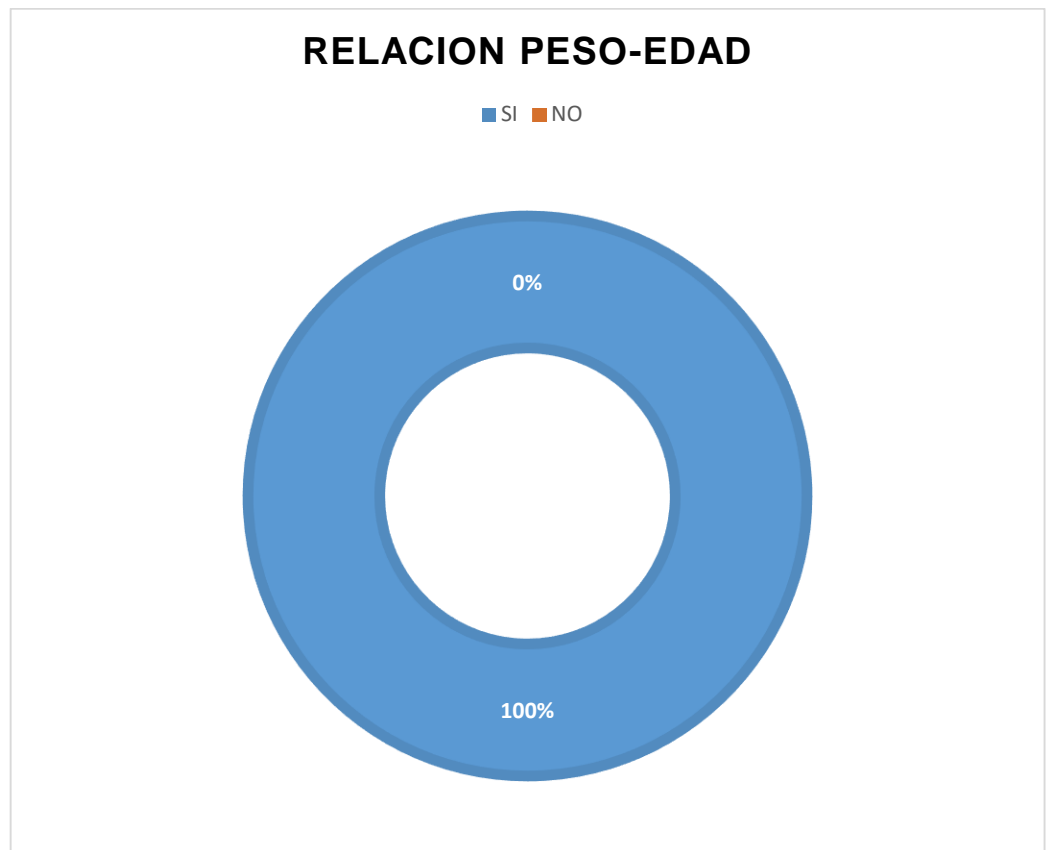
GRÁFICA 14



ANÁLISIS: La grafica anterior muestra que, de la población encuestada para el trabajo de investigación, el 73% de la población encuestada no usa dispositivos para amamantar como lo es el chupón, pero un 27% considera que si usa estos dispositivos.

INTERPRETACIÓN: En esta grafica podemos darnos cuenta que la mayoría de las personas encuestadas no usan dispositivos como el chupón para amamantar a sus hijos, pero una parte considerable si los usan y dentro de nuestra investigación es de suma importancia brindar la información adecuada ya que estos dispositivos no deben de usarse porque en vez de ayudar al bebe se perjudica la salud y su desarrollo.

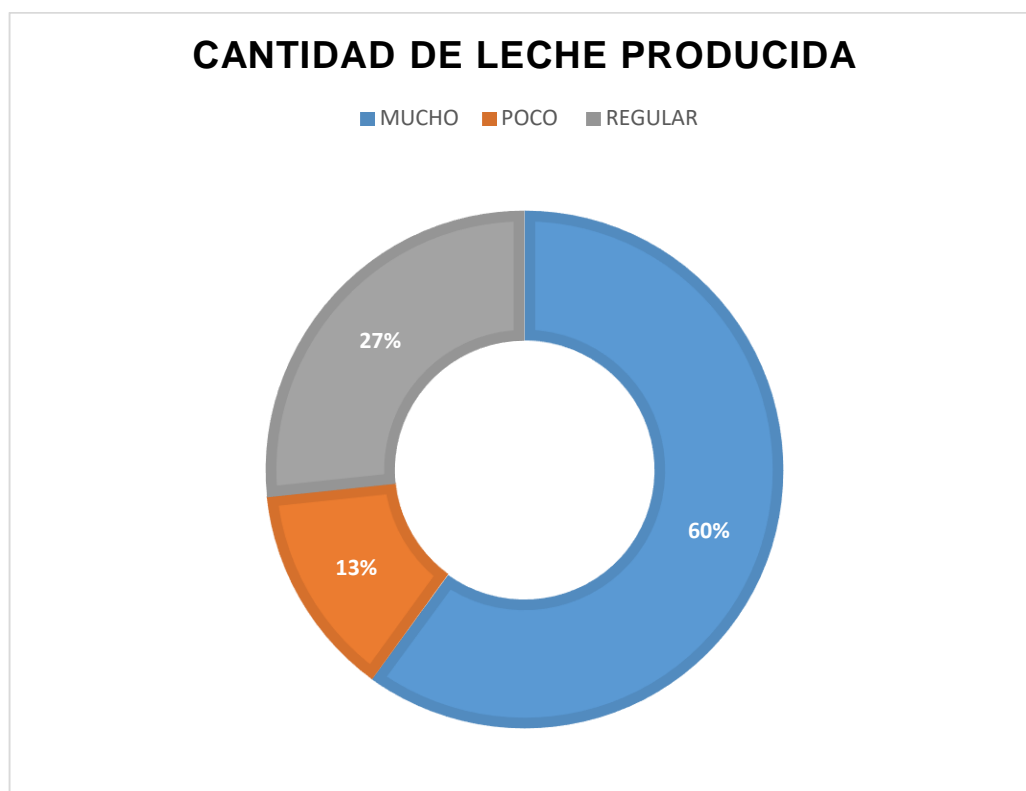
GRÁFICA 15



ANÁLISIS: La tabla que se presenta en esta sección nos muestra que el 100%, ósea en su totalidad, todas las personas encuestadas dicen que el peso de sus hijos está en relación con la talla.

INTERPRETACIÓN: Definitivamente el peso y la talla de un bebe debe estar estrechamente relacionado para evitar desequilibrios que pueda afectar la salud del niño; por esta razón no fue necesario adentrarnos en esta información, pero si en la importancia de la lactancia materna.

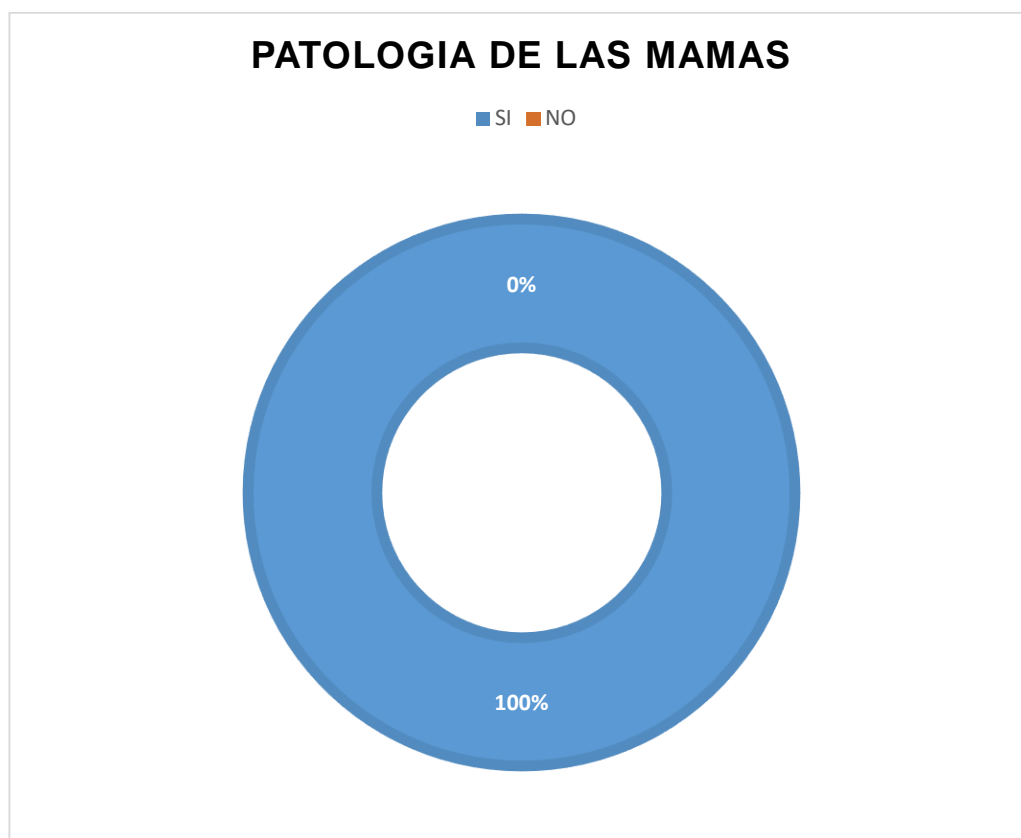
GRÁFICA 16



ANÁLISIS: La grafica anterior muestra que, de la población encuestada para el trabajo de investigación, el 60% de la población encuestada afirman que la cantidad de leche que producen es mucha, un 27% comenta que es regular y solo un 13% producen poca leche.

INTERPRETACIÓN: En esta grafica podemos darnos cuenta que la mayoría de las personas encuestadas producen mucha leche, lo que nos permite evaluar que los niños tengan la suficiente cantidad para su alimentación y no es necesario buscar alternativas de alimentación.

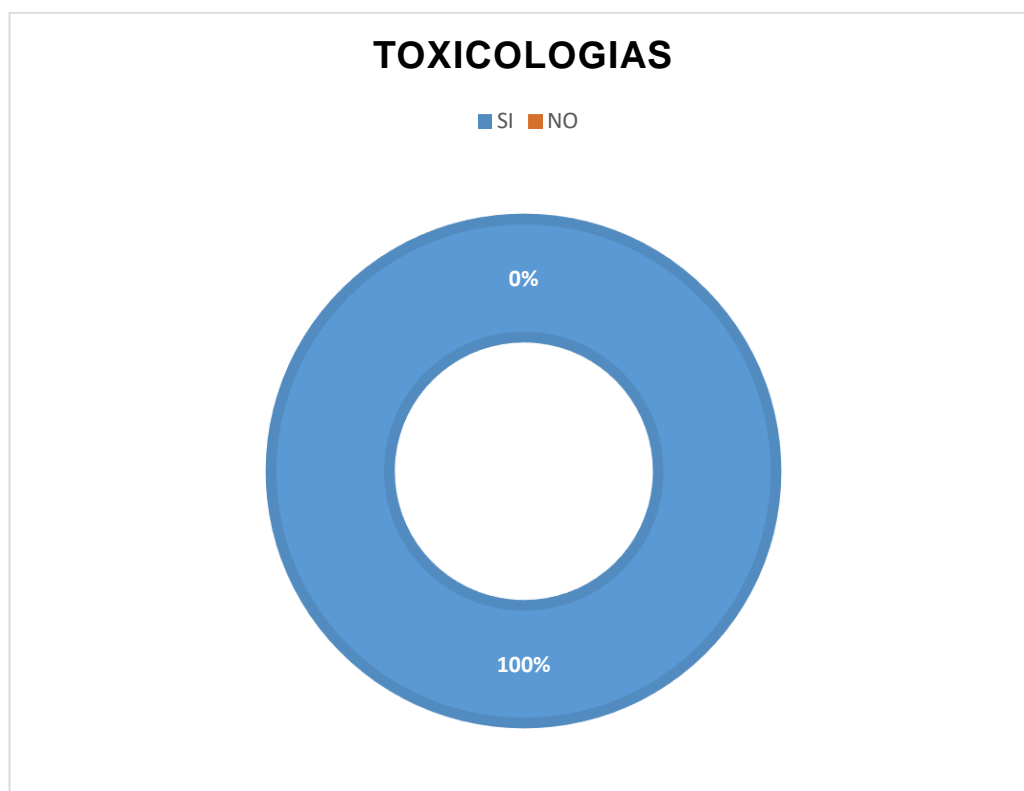
GRÁFICA 17



ANÁLISIS: En esta grafica se revela los resultados de la variable patología en las mamas y el 100%, es decir las 15 personas encuestadas afirman que si tiene alguna patología en las mamas.

INTERPRETACIÓN: Los resultados presentados en la parte de arriba revelan que todas en su totalidad presentan por lo menos alguna molestia en sus mamas, lo que en ocasiones impide darle lactancia materna a sus hijos, entonces aquí se debe enfatizar la información, ya que existen patologías que no impiden la lactancia materna.

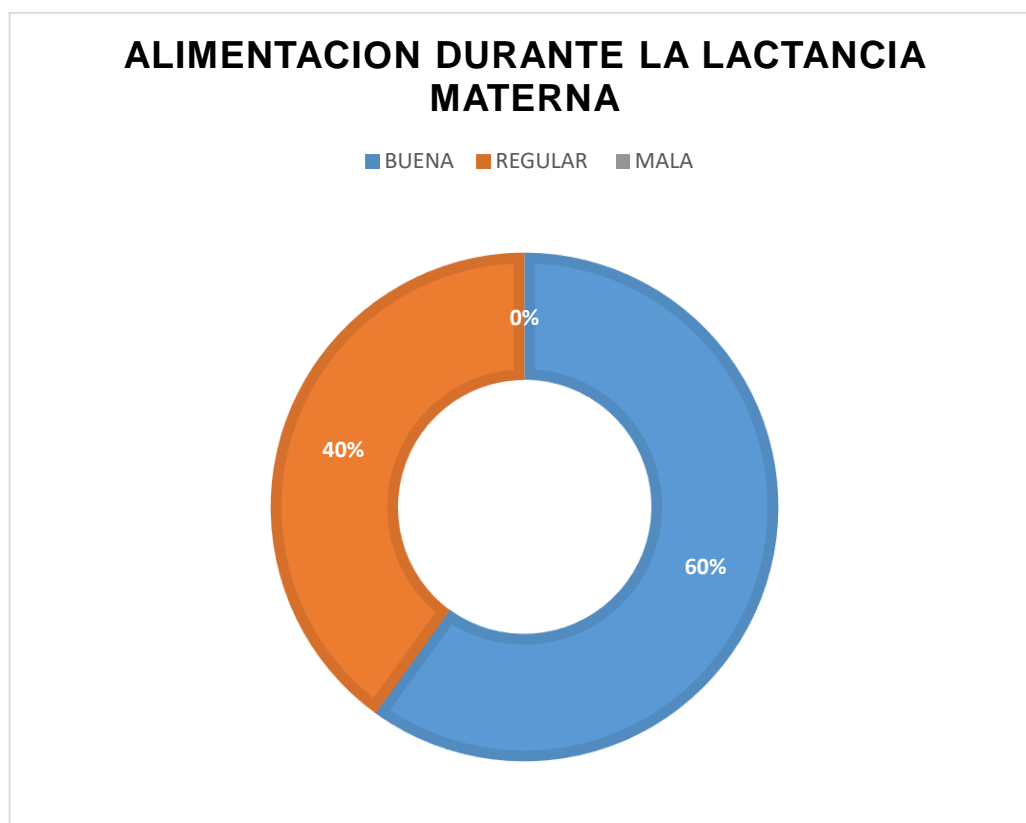
GRÁFICA 18



ANÁLISIS: La grafica anterior muestra que, de la población encuestada para el trabajo de investigación, el 100% de la población encuestada consume por lo menos alguna sustancia toxicología, pudiendo ser bebidas alcohólicas o cigarros.

INTERPRETACIÓN: Las sustancias toxicológicas como el alcohol y el tabaco son perjudiciales para la salud y mas aun durante la lactancia materna y como lo muestra la grafica de arriba el total de las personas encuestadas consume alguna de estas sustancias entonces se debe realizar la promoción de la salud para esta circunstancia.

GRÁFICA 19



ANÁLISIS: La grafica anterior muestra que, de la población encuestada para el trabajo de investigación, el 60% de las personas encuestadas considera que su alimentación es buena, mientras que un 40% dice que su alimentación la considera regular.

INTERPRETACIÓN: La alimentación de la madre durante la lactancia materna es un factor muy importante para la buena producción de leche materna y por esto es tan imprescindible realizar campañas sobre los buenos hábitos alimenticios antes del embarazo, durante el embarazo y durante el puerperio, ya que, según los resultados, los porcentajes son casi iguales.

PROPUESTAS Y/O SUGERENCIAS