



ALUMNO: KARINA LISSETH GARCIA GARCIA

PROFESOR: JEZABEL IVONNE SILVESTRE

NOMBRE DEL TRABAJO: TESIS

LICENCIATURA: LIC. ENFERMERÍA

MATERIA: SEMINARIO DE TESIS

CUATRIMESTRE: 8

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS A 12 DE MARZO DEL 2023.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS”

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

(Aires B, 2016) Menciona:

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 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.

La lactancia Materna promueve el mejoramiento sensorial y cognitivo, protege al niño de las enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia Materna reduce la morbimortalidad 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 parta ayuda a reducir el riesgo de tener cáncer de senos y de ovario, y diabetes de tipo 2.

(Arraztoa, 2012) Argumenta:

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 morbilidad 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.

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.

En el transcurso de nuestra experiencia profesional hemos observado que en nuestra región las madres desconocen sobre los beneficios de una lactancia materna, no se realizan programas educativos acerca de la conducta optimas 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.

¿Qué tanto conocen las madres de familia del Barrio Esmeralda sobre los beneficios de la Lactancia Materna en los niños de 0 a 2 años?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Qué es la Lactancia Exclusiva (LME)?
2. ¿Conocen las madres de familia del Barrio Esmeralda el concepto y la importancia del calostro?
3. ¿Cuál es la importancia de la lactancia materna en los niños de 0 a 2 años?
4. ¿Poseen las madres de familia del Barrio Esmeralda información sobre la importancia de la lactancia materna en los niños de 0 a 2 años?
5. ¿Conocen las madres de familia del Barrio Esmeralda los beneficios de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años?
6. ¿Cuáles son los efectos de no proporcionar lactancia materna en niños de 0 a 2 años?
7. ¿Conocen las madres de familia del Barrio Esmeralda la edad adecuada para la introducción de alimentos?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. GENERAL

Fortalecer los conocimientos de las madres del barrio Esmeralda, Frontera Comalapa sobre la importancia de la lactancia materna en los niños de 0 a 2 años.

1.3.2. ESPECIFICOS

- Explicar ampliamente a las madres el concepto de Lactancia Materna y todas sus generalidades.
- Brindar información sobre el concepto de Calostro y sus respectivos beneficios.
- Informar a las madres del Barrio Esmeralda la importancia sobre la Lactancia Materna en los niños de 0 a 2 años.
- Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres del Barrio Esmeralda sobre la importancia de la Lactancia Materna durante los dos primeros años de vida.
- Determinar los beneficios de la Lactancia Materna en niños durante los dos primeros años de vida.
- Describir los riesgos que conlleva la falta de la lactancia Materna en los niños durante los primeros dos años de vida.

1.4.- HIPÓTESIS

Hi (Hipótesis de Investigación):

La falta de información de las madres del Barrio Esmeralda sobre los beneficios de la lactancia materna en los niños de 0 a 2 años, es la principal causa de problemas nutricionales.

Ha (Hipótesis Alternativa):

Cuanto mayor sea la información proporcionada a las mujeres del Barrio Esmeralda sobre la importancia de la Lactancia materna en los niños de 0 a 2 años, 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 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 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 y evitar el uso de tetinas.

El fomento de la importancia de la lactancia materna es fundamental en nuestro medio, como en muchos lugares del mundo ya que es el pilar fundamental del crecimiento y desarrollo de los niños en sus primeros años de vida.

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. Es por ello que, para nuestra región, este hecho cobra gran importancia tomando en cuenta el nivel socioeconómico de la mayoría de las familias, que en ella habitan.

Esta es una de las razones mas importantes para realizar la presente investigación ya que como profesionales de la salud en proceso nos topamos a diario con madres que no lactan a sus hijos en ningún momento de sus vida o de lo contrario lo hacen por mas tiempo de lo establecido; entonces creemos que es de gran importancia crear estrategias para lograr que esta información sobre los beneficios de la lactancia materna y crear una cultura de prevención de enfermedades en los niños menores de dos años.

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 Esmeralda 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 y los beneficios 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:

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.

La macro localización de nuestra investigación será en la cabecera municipal de Frontera Comalapa, Chiapas, reuniendo distintos tipos de casos e información de suma importancia. En cuanto a la micro localización se realizará en el Barrio Esmeralda ubicado en el Municipio antes mencionado, recolectando información de Mujeres que tienen hijos menores de dos años.

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 los beneficios que tiene la lactancia materna en los niños que cursan sus primeros dos años 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.

El emplazamiento de Barrio Esmeralda (Pueblo) está situado dentro de la cabecera municipal de Frontera Comalapa (en el Estado de Chiapas). Con respecto al centro geográfico del territorio municipal de Frontera Comalapa, lo puedes localizar exactamente a 13.02 km (en dirección SE). Si quieres ir caminando desde el centro urbano de la localidad de Frontera Comalapa, lo encontrarás en dirección E a una distancia de 0.38 km.

CAPITULO II: MARCO DE REFERENCIA

2.1. MARCO FILOSOFICO-ANTROPOLOGICO

(Cordero, 2016) Explica que:

La historia de la lactancia materna ha dejado muchos relatos e imágenes sobre la práctica de este hecho, que ha sido siempre valorada por filósofos, médicos, humanistas y pueblos en general. Así, en toda Europa, se han encontrado numerosos recipientes para alimentación con boquilla en tumbas de niños desde el año 2000 a.C.

A lo largo de casi toda la historia, las nodrizas (o amas de cría) han tenido un papel protagonista, ya que amamantaban a los hijos de las madres de la clase social alta, las cuales no querían dar el pecho por el desgaste que éste producía en el cuerpo, por lo se fue convirtiendo en un trabajo remunerado. Remontándonos a los datos más antiguos de los que disponemos, el Código de Hammurabi (1800 a.C.) contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban a los hijos de otra mujer por dinero (la lactancia debía durar 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 (así, el segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado el pecho, siéndole negada esta posibilidad al primer hijo por haber sido amamantado por otra mujer distinta a su madre).

(Aguirre, 2007) Argumenta que:

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 que:

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) que:

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).

(Talayero, 2015) Argumenta que:

En los primeros años del siglo XX el médico Roque Macouzet, una de las mayores autoridades de la época en el llamado “arte de criar a los niños”, consideraba que el cuerpo de la madre era como un laboratorio que producía leche. Describía a la leche como “ese líquido dulce, suave y tibio que el niño en los primeros tiempos de su vida recibía con fruición y reclamaba con su llanto lastimoso lleno de ternura”. Estaba convencido de que la lactancia contribuía a la íntima unión de la madre y el niño; además consideraba que la leche era óptima para la crianza en cada madre para su propio hijo debido a su composición, riqueza y propiedades. En sus escritos plasmó que era un derecho del niño exigir el alimento que le pertenecía, pues estaba

hecho para él y que, si se le negaba, se ponía en riesgo su buena salud e incluso su vida.

Asimismo, Macouzet, basado en su experiencia, consideró que eran pocos los casos de madres que realmente no podían criar a sus hijos. Más bien veía que las exigencias sociales, el cuidado estético, el no querer sujetarse al niño, el temor a enfermedades como la debilidad pulmonar y la alusión a la escasez de leche, eran causas por las que las mujeres no amamantaban a sus hijos. Pero lo que más le preocupaba era que, en ocasiones, esta decisión era secundada por los médicos.¹⁹ Las consecuencias de esta medida repercutían en el niño, ya que tenía que pasar por varias nodrizas, aparatos de esterilización, leche de vaca, cabra y burra, o leches condensadas y alimentos especiales, sin obtener los resultados esperados en muchas ocasiones. En cambio, si las madres seguían los consejos médicos sobre una lactancia apropiada lograrían una buena crianza, que calificó como uno de los más grandes y preciosos deberes de las madres.

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.

(Sosa, 2014) Describe que:

Hasta el siglo pasado, la leche materna representaba el único alimento que el recién nacido y lactante pequeño podía recibir para su correcta alimentación. Desde la aparición del hombre en la tierra no se ha concebido otro tipo de alimento para la primera etapa de la vida.

La lactancia materna ha sido relevante en las distintas etapas históricas que hemos expuesto para el caso de México. El papel de los médicos, sobre todo hacia finales del siglo XIX, fue fundamental para resaltar la importancia de la lactancia materna, así como los preceptos que brindaron a los recién nacidos a quienes se les tenía que ofrecer otra opción de ser alimentados en la primera etapa de la vida, ya fuera por medio de nodrizas o por lactancia artificial.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) consideran que es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños y se recomienda de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé y con alimentación complementaria hasta los dos años de edad. A partir de esta edad, la lactancia materna debe mantenerse hasta que el niño o la madre lo decidan.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Hablar de la lactancia materna y específicamente de los beneficios de ésta es tan común en la población, pero es motivo de discrepancias, ya que para muchos no existe gran relevancia en la falta de amamantamiento en los niños menores de dos años y esto se convierte en un problema que a la larga provocan complicaciones tanto en la madre como en el niño. Por ello la siguiente investigación se enfoca principalmente en dar a conocer todos los beneficios de la lactancia materna durante los primeros dos años 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: “BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA CALIDAD DE VIDA Y EL DESARROLLO SOSTENIBLE

AUTOR: YENIFFER GÓMEZ DELGADO

AÑO: 2017.

OBJETIVO: Conocer el estado actual de los conocimientos relacionados con la lactancia materna y analizar sus efectos en la calidad de vida y el desarrollo sostenible.

DISCUSIÓN: La evidencia científica analizada sobre lactancia materna muestra sus efectos positivos en la sociedad, la economía y la ecología. Los cuales, coinciden con los tres pilares o dimensiones del paradigma del Desarrollo Sostenible. La contribución de la LM en el pilar económico del DS, se traduce en ahorros anuales de \$302,000 millones de dólares al evitar pérdidas económicas asociadas a las practicas inadecuadas de lactancia materna (Rollins et al., 2016).

En el caso específico de México los costos anuales totales de las prácticas inadecuadas de lactancia materna van de \$745.6 millones de dólares a \$ 2416.5 millones de dólares. En la dimensión Ecológica, la Lactancia Materna contribuye a aminorar la degradación del medio ambiente y el cambio climático causado por el calentamiento global, ya que la leche humana es un recurso natural renovable ambientalmente sostenible.

Por su parte, en el pilar Social, la práctica de la lactancia materna mejora la calidad de vida de la sociedad, al contribuir a tener un mundo más saludable, mejor nutrido, educado, equitativo y con una mayor sostenibilidad medioambiental. La lactancia materna no se menciona explícitamente en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, pero el análisis de la literatura realizado muestra que si se mejoran las tasas de lactancia materna se ayudaría a alcanzar los objetivos propuestos para el año 2030 en materia de salud, seguridad alimentaria, educación, equidad, desarrollo y medio ambiente.

En este sentido, el lema de la semana mundial de la lactancia materna celebrada en 2016 fue “Lactancia Materna: clave para el desarrollo sostenible”. La celebración de ese año fue dedicada a demostrar de qué manera la lactancia materna puede apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a proponer acciones para mejorar las políticas y programas dirigidas a su protección, promoción y apoyo.

Para conseguir todos los beneficios que ofrece de la lactancia materna, se requiere invertir en acciones de protección, promoción y apoyo. Los esfuerzos de las naciones individuales se fortalecerán mediante la cooperación mundial, lo que beneficiará en último término no solo a las madres y a los lactantes, sino a toda la población y a nuestro planeta.

CONCLUSIONES: La evidencia científica analizada sobre la práctica de la lactancia materna demostró que tiene efectos positivos en la sociedad, la economía y la ecología. Los cuales, coinciden con los tres pilares o dimensiones del paradigma

del Desarrollo Sostenible. Además, se encontró que la práctica de la lactancia materna es un elemento fundamental para alcanzar los Objetivos del Desarrollo Sostenible propuestos en la Agenda 2030.

NOMBRE DE LA TESIS: INTERVENCIÓN PARA AUMENTAR LA AUTOEFICACIA PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

AUTOR: CABAÑAS BENITEZ GISELA.

AÑO: 2018.

OBJETIVO: Identificar el efecto de una intervención educativa de Enfermería controlada sobre los niveles de autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en mujeres que cursaron puerperio mediato.

DISCUSIÓN: El objetivo de esta investigación fue identificar el efecto de una intervención educativa de Enfermería controlada sobre los niveles de Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva (ALME) en mujeres que cursaron puerperio mediato. En esta investigación, el principal concepto utilizado que se retomó del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, es el de Autoeficacia percibida, el cual influye sobre las barreras de acción percibidas; de manera que una mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de una conducta de salud. Los principales hallazgos en esta investigación permitieron verificar esta proposición teórica, por los efectos de la intervención educativa empleada.

La discusión de los principales hallazgos de esta investigación es: se comparó a dos grupos de mujeres en puerperio mediato, cuyas características socio-demográficas y clínicas fueron equivalentes, sin embargo, existió cierta variabilidad en cuanto a las solteras y el ingreso económico, esta variación no se relaciona con el proceso cognitivo de la intervención educativa de Enfermería en el momento de la intervención y a pesar de que más de la mitad de ambos grupos recibieron consejería previa a la LME, no fue un factor determinante para que hubiese significancia estadística en el nivel de Autoeficacia en el test, aprobando así homogeneidad en las características socio-demográficas y clínicas, aportando

principalmente menor variabilidad en los resultados, luego entonces los grupos fueron paralelos.

A pesar de no contar con evidencia de la implementación de la “Escala de Autoeficacia para el Amamantamiento formato corto” en población mexicana, se obtuvo un resultado aceptable del coeficiente de alfa de Cronbach. Éste pudo ser verificado por el proceso previo que se realizó para la validación facial del instrumento a través de la técnica de jueces, este resultado estadístico más la experiencia que se adquirió al aplicar el instrumento representa que la versión preliminar de esta escala posiblemente sea la adecuada en el contexto cultural mexicano, sin embargo esto solo puede ser referido para la muestra de este estudio, cuya estructura metodológica necesita ser replicada en otros contextos hospitalarios de la República Mexicana. Respeto a la prueba de bondad de ajuste que se aplicó, es un hallazgo que también contribuye a la versión utilizada del instrumento, dado que le confiere claridad, por lo que al tener una distribución normal brinda la ventaja de poder utilizar estadística paramétrica para realizar un análisis más profundo de los resultados desde el punto de vista estadístico

CONCLUSIONES: La intervención educativa teórico-práctica de Enfermería en mujeres de puerperio mediano para aumentar la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva, obtuvo un cambio positivo y estadísticamente significativo en los niveles de Autoeficacia en comparación con un grupo paralelo con manejo habitual.

NOMBRE DE LA TESIS: “INFORMACIÓN CON LA QUE CUENTAN LAS MUJERES POSTPARTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL IMIEM”

AUTOR: MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ SÁNCHEZ.

AÑO: 2019.

OBJETIVO: Determinar la información que con la que cuentan las mujeres postparto sobre lactancia materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

HIPOTESIS: Más del 50 % de las mujeres postparto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, cuentan con información insuficiente sobre Lactancia Materna.

DISCUSIÓN: De acuerdo a los resultados de la investigación menos de la mitad de las mujeres que acuden al Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM tienen información suficiente sobre Lactancia Materna y menos de la mitad han sido capacitadas.

Por lo anterior se debería de realizar la capacitación a todas las pacientes, formando un comité de Lactancia Materna, integrado por Nutriólogo, Médico y Enfermera, que se encargue de establecer el contenido de la capacitación incluyendo no solo aspectos básicos de Lactancia Materna, sino incluir técnicas, posiciones, extracción y almacenamiento de la Leche Materna, además de encargarse de la capacitación de todo el personal.

CONCLUSIONES: Solo el 40% de las mujeres que participaron en el estudio recibieron orientación sobre Lactancia Materna, situación preocupante ya que el

éxito de la Lactancia Materna depende en gran medida de la información con la que cuenten las madres.

En los resultados se muestra que más de la mitad (52%) de las mujeres que participaron en el estudio no tienen una idea clara de lo que es la Lactancia Materna, punto clave para que la Lactancia tenga éxito; a pesar de que tienen claro que la Lactancia debe iniciar al momento de nacer y que debe ser exclusiva hasta los seis meses, aún tienen la idea de establecer horarios de alimentación al niño, lo que lleva a que el bebé no cubra sus requerimientos y a que no se produzca mayor cantidad de leche por la falta de extracción.

Por otro lado, las madres no conocen claramente la importancia de la leche materna a nivel nutricional, ya que son pocos los componentes que conocen, asociándola solo a calcio, hierro y vitaminas, dejando de lado algunos muy importantes; así pues, se muestra que 88% de ellas recurriría a la fórmula si el bebé no se satisface, a pesar de que conocen formas para aumentar la producción de leche. Además 28% de las participantes utilizarían el biberón por ideas erróneas, hábitos o comodidad.

A pesar de que la mayoría de las participantes conocen los beneficios que tienen la Lactancia Materna tanto para ellas como para sus bebés, carecen de información relacionada a técnicas de amantamiento como agarre, succión, y posiciones que son claves para una buena práctica de amantamiento.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1 EMBRIOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS

(Jimenez, 2011) Menciona que:

En el embrión humano, el desarrollo de la glándula mamaria comienza en la quinta semana del periodo embrionario con la aparición de una línea láctea primitiva que se extiende desde la axila hasta la ingle. Esta banda da lugar al **esbozo** mamario en el área torácica y regresa en el resto de localizaciones. Si la regresión de la línea láctea es incompleta o dispersa, aparecerá tejido mamario accesorio en la edad adulta, hecho que ocurre en un 2-6% de las mujeres.

A las 7 u 8 semanas, tienen lugar unas **invaginaciones** en la **mesénquima** de la pared torácica. Las células mesenquimales se diferencian para formar el músculo liso de la areola y el pezón. Además, el primitivo esbozo o yema epidérmica mamaria comienza a producir cordones de células epiteliales que penetran hacia dentro de la dermis. A término del embarazo, la mama fetal tiene una trama de conductos ramificados y, aunque los lóbulos no aparecen hasta la adolescencia, la secreción puede ocurrir bajo la estimulación de las hormonas maternas.

De la semana 20 a la 32, las hormonas sexuales placentarias que entran en circulación fetal, inducen la canalización de las yemas epiteliales, formándose los conductos mamarios. Entre las semanas 32 y 40, se produce una diferenciación del parénquima, con formación de lóbulos. La glándula mamaria aumenta hasta cuatro veces su tamaño y se desarrolla el complejo areola-pezón.

Las alteraciones del desarrollo incluyen: polimastia (mamas accesorias a lo largo de la línea láctea), politelia (pezones accesorios), **hipoplasia** mamaria, amastia (ausencia de la mama) y amacia (ausencia del parénquima mamario).

Durante la pubertad, las hormonas luteinizantes (LH) y folículo-estimulante (FSH), producidas por la hipófisis estimulan la producción y liberación de los estrógenos ováricos. El estímulo hormonal induce el crecimiento y la maduración de las mamas. La síntesis de estrógenos ováricos predomina sobre la de progesterona en la adolescencia temprana.

2.3.2. ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA

(Harris, 2015) Explica que:

Las glándulas mamarias son glándulas sudoríparas apocrinas modificadas. Estos **acinos** glandulares son estructuralmente dinámicos, lo que significa que su anatomía cambia dependiendo de la edad de la mujer, fase del ciclo menstrual y estatus reproductivo. Las glándulas mamarias se activan en las mujeres adultas después del parto (periodo posparto). En este periodo, la hormona hipofisaria prolactina estimula las glándulas para producir leche, mientras que la hormona hipotalámica oxitocina estimula la **eyección** de la leche a través del pezón. Fuera del periodo posparto, las glándulas son menos abundantes y la mayor parte de la mama consiste en tejido adiposo.

Esta glándula está compuesta por 15-20 **lóbulos** secretores separados por bandas fibrosas conocidas como los ligamentos suspensorios de la mama (de Cooper). Estos ligamentos se originan de la **fascia** torácica subyacente y se insertan en la dermis de la piel que los recubre, brindándole su forma no **ptósica** a los senos.

Los lóbulos secretores contienen numerosos lóbulos comprendidos por glándulas tubuloalveolares. Los conductos secretores de los lóbulos, llamados conductos galactóforos, **convergen** y se abren hacia el pezón. La anatomía clásica descrita en los libros de texto menciona que cada conducto galactóforo se dilata en el seno galactóforo antes de abrirse hacia el pezón.

(Vogl, 2015) Describe que:

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.

(Rojas, 2013) Menciona que:

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, etc.

La mama es la estructura anatómica en la cual se encuentra la glándula mamaria, la cual alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia. La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales, y en la misma mujer, de acuerdo a la edad y a la paridad. Tanto el tamaño como la forma

dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama. La estructura del pecho materno incluye el pezón y la areola; el tejido mamario; el tejido conectivo de soporte y la grasa; los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios.

2.3.2.1 Pezón

El pezón se define como la parte saliente de la glándula mamaria que conecta en la mujer con los conductos galactóforos por donde sale la leche. Es decir, la parte central del pecho que sobresale y que es capaz de alimentar a un bebé si el cuerpo lo produce. El pezón está rodeado por la areola, un anillo de piel pigmentada. La anatomía del pezón está diseñada para poder llevar a cabo la función de la mama. Los pezones están rodeados por una región circular pigmentada de piel conocida como areola, la cual se vuelve aún más pigmentada y prominente durante la pubertad.

El pezón, está formado por tejido eréctil, cubierto con epitelio, contiene fibras musculares lisas. Musculatura circular, radial y longitudinal, que actúan como esfínteres controlando la salida de la leche. En pezón tiene un promedio de nueve conductos lactíferos que lo atraviesan hacia el exterior.

2.3.2.2 Areola

La areola es la parte de la piel más oscura presente en el pecho, que rodea el pezón, tanto en los hombres y como en las mujeres. Es de tamaño variable en función del individuo, generalmente tiene un diámetro de 3 cm, pero puede cubrir toda la superficie de la mama, o ser apenas visible. La areola está recubierta por algunas glándulas areolares que protegen el seno contra las infecciones y la deshidratación. La areola también contiene un músculo que permite la erección del pezón.

La areola presenta pequeñas elevaciones en forma de punto en su superficie, que se producen por las numerosas glándulas areolares. Estas son principalmente

glándulas sudoríparas y sebáceas, además de glándulas mamarias modificadas conocidas como glándulas o tubérculos de Montgomery. Su función es producir una secreción antimicrobiana que protege la superficie de la areola.

La areola se oscurece durante el embarazo, para una mejor localización por el bebé, aunque el reconocimiento también es olfativo, el recién nacido reconoce a su madre por el olor. Rodeando la areola, se encuentran los tubérculos de Montgomery.

2.3.2.3 El tejido mamario

Incluye a los alvéolos, que son pequeños sacos compuestos por células secretoras de leche y a los conductos que transportan la leche al exterior. Entre las mamadas, la leche se almacena en el lumen de los alvéolos y de los conductos. Los alvéolos están rodeados por una canasta de células musculares, que se contraen y hacen posible que la leche fluya por los conductos.

El tejido mamario es una disposición complicada de tejidos estrechamente unidos a nervios, vasos sanguíneos y tejidos grasos, también llamado tejido adiposo. Cuando los médicos se refieren a este tejido, tienden a referirse a los tejidos que se acumulan en las glándulas mamarias. Las células adiposas a menudo separan estos lóbulos individuales en el tejido mamario. Casi siempre se pueden sentir los conductos lácteos en el autoexamen de los senos. De hecho, el reconocimiento de los conductos es una parte importante de la comprensión del cuerpo de uno, de modo que otros bultos que se sienten pueden diferenciarse del tejido normal.

2.3.2.4 El drenaje Linfático

El drenaje linfático de las mamas es de suma importancia, especialmente desde el aspecto patológico. Esto es debido a que los carcinomas de mama tienden a expandirse viajando a través de los vasos linfáticos, creando depósitos de metástasis en partes distantes del cuerpo.

La linfa proveniente de los lóbulos mamarios, pezones y areolas se recolecta en el plexo linfático subareolar. Desde aquí, alrededor del 75% de la linfa (principalmente de los cuadrantes laterales de la mama) drena en los ganglios linfáticos pectorales y luego a los ganglios linfáticos axilares. Mientras tanto, la linfa restante drena en los ganglios linfáticos paraesternales. Esta es la razón por la cual los ganglios linfáticos axilares son los primeros en ser removidos quirúrgicamente en ciertas etapas del cáncer de mama. Los ganglios linfáticos axilares drenan en los troncos linfáticos subclavios, los cuales también drenan a las extremidades superiores. Los ganglios linfáticos paraesternales drenan en los troncos linfáticos broncomediastínicos, que también drenan a los órganos torácicos. Además de los ganglios linfáticos axilares y paraesternales, parte del drenaje linfático de la mama puede darse a través de los ganglios linfáticos intercostales, localizados alrededor de las cabezas y cuellos de las costillas. Los ganglios linfáticos intercostales pueden drenar en el conducto linfático torácico o en los troncos linfáticos broncomediastínicos.

(Smith, 2012) Argumenta que:

Al nacer, las mamas miden tan solo 8.1 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 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.

La circunferencia es muy irregular, presenta incisiones que forman una serie de prolongaciones mamarias que, por su dirección, se distinguen en superior o clavicular, superoexterna o axilar, inferoexterna o hipocondriaca, inferointerna o epigástrica e interna o esternal.

La irrigación arterial de la mama tiene lugar principalmente, a través de las ramas perforantes de la arteria mamaria interna en sus cuadrantes internos y de las ramas de las arterias intercostales. En menor medida, contribuyen ramas de las arterias toracoacromial, subescapular y toracodorsal en los cuadrantes externos. Las venas forman un sistema superficial en el tejido adiposo subcutáneo, existiendo además un sistema profundo que acompaña a las arterias y se reúnen detrás de la mamila formando el plexo venoso areolar. Este plexo drena en la vena mamaria interna.

La inervación de la mama se produce primariamente de ramas cutáneas anteriores y laterales de los nervios intercostales torácicos con algo de inervación desde el plexo cervical a la porción superior de la mama. El drenaje linfático se hace desde el plexo superficial al **plexo** profundo y a los ganglios linfáticos axilares y de la cadena mamaria interna (ganglios mediastínicos e intercostales).

2.3.3. FISILOGIA DE LA GLANDULA MAMRIA

(Perez, 2015) Explica que:

Se carece de una definición satisfactoria de la mama normal por criterios de imagen. Parece que hay un espectro de cambios que ocurren en la mama sin que exista una clara delimitación entre lo normal y lo anormal. La mama es un órgano dinámico. Aunque no se hace evidente con los métodos de imagen, variaciones histológicas a lo largo del ciclo menstrual a corto plazo se superponen a los cambios que ocurren con la edad a largo plazo.

La glándula mamaria presenta particularidades estructurales en los diferentes periodos de su evolución: en su periodo de desarrollo, en la pubertad, durante el embarazo, durante la lactancia y durante la menopausia.

En su periodo de desarrollo constituye el primer esbozo de la mama, un engrosamiento del ectodermo de forma redondeada que penetra más o menos en el espesor de la dermis. En los estadios siguientes: su porción central, se levantará formando una pequeña eminencia cilindroide, que será el pezón; su parte periférica, que no se eleva y conserva su nivel inicial, constituirá la areola. También existen ya los rudimentos de los futuros conductos galactóforos.

En la pubertad, cuando se establece la función menstrual, la glándula mamaria es asiento de un trabajo que tiene por objeto perfeccionarla desde el punto de vista estructural y prepararla para el fin que está destinada a desempeñar. Las ramificaciones tubulosas aumentan a la vez en número y dimensiones, al propio tiempo que, se multiplican y manifiestan los acinos. El estroma conjuntivo crece a su vez, en la proximidad de los acinos y en la periferia de la glándula. Como consecuencia de estas modificaciones histológicas, la mama aumenta mucho de volumen. Se vuelve dura, compacta, abollonada al tacto, indicio de su constitución lobular.

Durante la fase proliferativa del ciclo menstrual (del día 3 al 7) existe un aumento del número de **mitosis** de las células acinares del lóbulo. No se observan secreciones y los lóbulos están definidos por un denso manto celular. Dos tipos celulares distintos aparecen entre los días 8 a 14 (fase folicular) en el acino junto con más colágeno, mientras que disminuye la actividad mitótica. La fase lútea ocurre entre los días 15 y 20 y aparecen tres tipos celulares distintos. Se puede ver vacuolización en las células del lóbulo y se observan secreciones en los ductos. Durante la fase secretora hay pérdida del estroma en el lóbulo con secreción apocrina a la luz del ducto. Los tejidos del lóbulo se tornan edematosos y hay congestión venosa, lo que provoca algunos de los síntomas premenstruales en muchas mujeres.

El embarazo ocasiona en la glándula mamaria modificaciones sobre la constitución anatómica y sobre su funcionamiento. Durante el primer trimestre, la mama es asiento de una congestión que determina en ella un aumento de volumen y un nuevo desarrollo de sus elementos secretorios. Los tubos glandulares se alargan y se multiplican. El **estroma** conjuntivo se reduce entre los acinos a fibrillas. Durante el segundo trimestre, los lóbulos aumentan de tamaño y hay una proliferación generalizada de los acinos lobulares, muchos de los cuales contienen material secretado. Este es el periodo calostrógeno donde brota del pezón una cantidad de líquido claro, amarillento y viscoso llamado calostro. La continuación del aumento del tamaño de los lóbulos durante el tercer trimestre lleva a un reemplazamiento del tejido conectivo intra einterlobular, hasta que comience la lactancia solo un **secto** fibroso fino separa los aumentados lóbulos de secreción distendidos. Las células mioepiteliales aumentan. Se cree que estas son las células contráctiles de la mama que ayudan en la expulsión de la leche.

Durante la lactancia, glóbulos grasos encapsulados por una membrana son secretados por las células epiteliales. Esta membrana de glóbulos grasos de leche posee componentes antigénicos, y puede representar un marcador tumoral en la

mujer no lactante. Después del parto, la secreción de **calostro** es sustituido por la secreción láctea. Esta se caracteriza por modificaciones celulares: el vértice de la célula se rompe y sus fragmentos caen a la luz del acino; la base de la célula no se destruye y se regenera la célula y estableciéndose el ciclo secretorio.

Después de la lactancia, la glándula mamaria sufre un grado de involución, cesa de producir leche, disminuye de volumen, se vuelve más compacta y dura al tacto.

Además, la mama sufre cambios involutivos con la edad de la mujer. Durante un largo periodo de tiempo y aparentemente no relacionado con la actividad ovárica, ocurren cambios atróficos, pero el proceso no es uniforme en toda la mama. Las células que tapizan los acinos de los lóbulos disminuyen al igual que los lóbulos. El tejido conectivo en el lóbulo se hace **fibrótico**. Se forman quistes por la coalescencia de acinos que se fibrosan y desaparecen. El epitelio ductal también sufre atrofia.

(Pileta, 2016) Describe que:

En la especie humana las mamas tienen dos funciones:

1. Órgano sexual secundario, que por su localización posee un importante papel en la sexualidad y erotismo.
2. Órgano específico de los mamíferos destinado a la alimentación de las crías. Esta lactancia requiere una serie de fenómenos neuroendocrinos:

2.3.3.1. Mamogénesis

Desarrollo mamario, por acción de los estrógenos a todos los niveles y de la progesterona, actuando sinérgicamente con los anteriores a nivel de los acinos. Con

menor importancia también influyen los corticoides, hGH, insulina, HPL y hormonas tiroideas (complejo lactotrofo).

2.3.3.2. Lactogénesis

Producción de leche, de la que es responsable la PRL (prolactina). Es el 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.

Es el proceso mediante el cual las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan al lumen alveolar.

- **Etapa I:** Iniciación de la capacidad secretora glandular en el período gestacional y postparto inmediato (calostro). La preparación de la glándula para la producción de la leche se inicia en el período gestacional. En los 3 primeros meses de embarazo aumenta la formación de conductos debido a la influencia de los estrógenos. Después de los 3 meses, el desarrollo de los alvéolos sobrepasa a la formación de los conductos, el aumento de la prolactina estimula la actividad glandular y los alvéolos se llenan parcialmente con precalostro. En esta etapa la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por la acción de los esteroides placentarios.
- **Etapa II:** Iniciación de lactancia propiamente, con producción de leche, entre los 2 a 15 días postparto. La etapa II de la lactogénesis conlleva un incremento en el flujo sanguíneo y de la captación de oxígeno y glucosa. El inicio de la etapa II tiene lugar a 2-3 días después del parto, cuando la

secreción de leche se hace abundante.

- **Etapa III:** Mantenimiento de la producción de la leche o galactopoyesis. En esta etapa se presentan las modificaciones más importantes en la composición de la leche, donde se establece la leche madura, lactogénesis depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno (oxitocina y prolactina) como de la remoción de la secreción láctea de la mama.

2.3.3.3. Lactopoyesis

Mantenimiento continuo de la producción de leche durante la lactancia, de la que también la PRL es responsable, estimulada por la succión del pezón. 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 entuertos y aceleran la evolución.
- Por estimulación sobre la hipófisis anterior facilita la liberación de prolactina
- Favorece la expulsión de la leche.

2.3.3.4. Eyección láctea

Debida a la contracción de las células mioepiteliales por la oxitocina, liberada por la succión del pezón. Esa etapa de la lactancia se produce principalmente por el efecto neurogénico 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.