

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 suscripción 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 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.

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 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.

¿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 más 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 más 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 FILOSÓFICO-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 prácticas 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 mediato 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 nutrimental, 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 succión, lo que ayuda a la involución uterina.

2.3.4. LACTANCIA MATERNA

(Cordero M. J., 2014) explica que:

La leche materna es el alimento que recibe el neonato o el lactante y que procede de su madre. Hasta el momento, y en lo que respecta a su composición, la leche materna no ha podido ser igualada por ninguna leche modificada, la leche humana es un compuesto variable y adaptable

al niño. El inicio de la lactancia materna tendría que ser para la madre uno de los mejores momentos tras el nacimiento de su hijo.

En la especie humana, la lactancia materna forma parte del ciclo reproductor de la mujer y está circunscrita al periodo posparto. En los últimos años, nadie duda de su calidad para el óptimo crecimiento y salud del recién nacido y lactante. También son reconocidas las ventajas para las madres, la familia y para la sociedad en general.

La leche materna se considera en la actualidad la mejor forma de alimentación del bebé en los primeros meses de vida, salvo casos excepcionales, todas las madres están capacitadas para amamantar a sus hijos.

El éxito de la lactancia se basa en una buena información recibida antes del nacimiento y en aprender correctamente la técnica de la lactancia en los primeros días de vida. La leche materna es el alimento que proporciona la madre al bebé. Todas las madres están biológicamente preparadas para alimentar apropiadamente a su hijo. Desde tiempo inmemorial, la humanidad ha sobrevivido gracias a la leche de la mujer.

La lactancia materna es el medio más natural para alimentar y proteger al bebé; y para muchas madres, la plena realización de los que significa ser mujer. El embarazo, el parto y la lactancia materna forman parte de un periodo especial en la vida femenina, de una etapa ligada a un inmenso caudal de emociones. El lactante no sólo necesita a su madre por su secreción láctea, sino también porque le proporciona una serie de cuidados, mínimos y estímulos psíquicos que no puede darle ninguna otra mujer. Tanta importancia o más que la alimentación tiene estas atenciones protectoras, higiénicas y afectivas. La estrategia mundial de la OMS recomienda:

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, donde exclusiva significa sin otros alimentos o líquidos, ni siquiera agua.

- Continuación de la lactancia, con adecuados alimentos complementarios, no necesariamente de producción industrial, hasta los 2 años, como mínimo.
- Debe comenzar en la primera hora de vida.
- Debe hacerse "a demanda", es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche.
- Deben evitarse los biberones y chupetes.

(Williams, 2016) Argumenta que.

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

La madre debe alimentar al bebé siempre que él tenga hambre, de día o de noche. Muchos recién nacidos maman cada 1 ó 2 horas. Mientras más mame el bebé, más leche tendrá la madre. La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños; combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños. Los menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna no llegan al 40%. Un apoyo adecuado a las madres y a las familias para que inicien y mantengan la lactancia materna podría salvar la vida de muchos pequeños.

La OMS fomenta activamente la lactancia materna como la mejor fuente de nutrientes para los lactantes y niños pequeños. La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente

todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La lactancia trae ventajas tanto para la madre como para el bebé. Reduce la morbilidad infantil y las enfermedades infecciosas, especialmente diarreas e infecciones respiratorias; aporta óptima nutrición favoreciendo crecimiento y desarrollo; beneficia la salud materna; contribuye a la relación psicoafectiva madre-hijo; colabora en forma efectiva con el espaciamiento de los embarazos, disminuyendo la fertilidad y ahorrando recursos. Estas ventajas son más significativas en países en vías de desarrollo. Forma parte integrante del proceso reproductivo y es la forma ideal y natural de alimentar al lactante. La correcta alimentación durante la niñez es factor que garantiza la salud. Durante el primer año de vida, que es un periodo de rápido crecimiento, la alimentación tiene dos etapas: la primera, cuando el niño se alimenta sólo con leche, denominada de lactancia exclusiva, y la segunda, cuando se alimenta con leche más otros alimentos.

El amamantamiento, proceso fisiológico en que la madre entrega a su hijo la leche que el niño succiona directamente del pezón, es la forma ideal de cubrir la etapa de lactancia exclusiva. Si el niño va con la madre, la leche siempre está disponible y a la temperatura adecuada.

La leche materna exclusiva brinda al bebé todos los elementos nutritivos que necesita durante sus primeros seis meses de vida. Cuando se la combina con alimentos apropiados resulta una fuente nutritiva invaluable, ya que impide la malnutrición y posibilita que el niño se desarrolle plenamente.

2.3.4.1. FASES DE LA LACTANCIA MATERNA

(Lozano, 2017) Menciona que:

La lactancia puede dividirse en tres fases: iniciación, vaciamiento de la leche y conservación.

1. **Iniciación:** Durante el embarazo, el crecimiento de conductillos y alvéolos es estimulado por los altos valores de estrógeno y progesterona. Al expulsarse la placenta bruscamente, desaparece el origen de toda la hormona prolactina y la mayor parte de la progesterona y el estrógeno. Estas hormonas disminuyen rápidamente, pero la secreción de prolactina continúa. El proceso de secreción empieza en la base de las células alveolares, donde pequeñas gotas emigran hacia la membrana celular y son expulsadas hacia el conducto alveolar para almacenamiento.
2. **Vaciamiento de la leche:** Proceso por virtud del cual las células epiteliales se contraen e impulsan la leche a lo largo de los conductos y a los senos lactíferos debajo de las areolas, de donde es extraída pasivamente por la succión de la criatura.
3. **Conservación:** La succión provoca liberación de prolactina durante el comienzo del puerperio, la intensidad de secreción de prolactina es proporcional a la duración del amamantamiento y la intensidad de la estimulación es mayor cuando simultáneamente se estimulan ambos pezones.

2.3.5. TIPOS DE LECHE

(Willumsen, 2013) Afirma que:

La leche humana va cambiando su composición química desde el parto, calostro, leche de transición, leche madura. La leche inicial es diferente de la leche final de la tetada.

La leche varía su composición según la hora del día. Se han identificado más de 200 componentes en la leche humana. La leche contiene células vivas (Macrófagos, neutrófilos, linfocitos, células epiteliales), membranas y glóbulos de grasa, rodeados de membranas. Cambia el sabor, según los alimentos que haya comido la madre.

2.3.5.1. Pre-calostro

Secreción mamaria producida durante el tercer trimestre de gestación compuesta por plasma, sodio, cloro, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina y algo de lactosa.

2.3.5.2. Calostro

(OMS, 2010) Argumenta que:

El calostro es el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda alimentar a los lactantes exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, para que su crecimiento, desarrollo y salud sean óptimos. Por "lactancia materna exclusiva" se entiende no proporcionar al lactante ningún alimento ni bebida, ni siquiera agua que no sea leche materna. Posteriormente, los lactantes deberán recibir alimentos complementarios inocuos y nutricionalmente adecuados y deberán continuar recibiendo leche materna hasta los dos años de edad.

Se secreta durante los primeros días luego del parto de 1- 5 días. Es un fluido espeso y amarillento debido a la alta concentración de beta carotenos. Su volumen puede variar entre 2 a 20 ml por toma en los 3 primeros días. Esto es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. Tiene 67 Kcal. /100 ml. El calostro tiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas A, E, K, colesterol y algunos minerales (sodio, hierro, zinc, azufre, potasio, manganeso, selenio).

El calostro es fundamental para los primeros días del bebe, debido a alta cantidad de factores de defensa (inmunoglobulinas A, lactoferrina, linfocitos, macrófagos, etc.) que favorecen al sistema inmune del bebe, evitando la adherencia de microorganismo patógenos en el tubo digestivo y facilitando la colonización del lactobacilo bifidus. Así mismo contiene numerosas enzimas que ayudan al sistema digestivo, facilitando la evacuación del meconio, lo que evitará la hiperbilirrubinemia en el recién nacido.

Las funciones de calostro son las siguientes:

- Está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido.
- Tiene un efecto laxativo y estimula la función normal del tracto digestivo.
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífidus en el volumen intestinal del recién nacido.
- Los antioxidantes y las quinonas que contiene, son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.

El volumen del calostro favorece los riñones del pequeño recién nacido, debido a que no pueden manejar aún cantidades grandes de líquidos. Las enzimas contenidas facilitan la digestión del bebé, las inmunoglobulinas cubren el endotelio de tubo digestivo evitando la adherencia de patógeno. Es por todas estas características que el calostro es conocido como la primera vacuna del recién nacido

2.3.5.3. Leche de transición

La leche de transición es el segundo tipo de leche que produce el tejido mamario después del calostro. Se denomina leche de transición, ya que es la que aparece antes de la leche madura. La leche de transición tiene una consistencia más espesa que la leche madura, aunque más líquida y blanquecina que el calostro.

Se produce entre el 4 y 15 día posparto. Se observa un aumento del volumen progresivo hasta llegar alrededor de 600- 700 ml/día entre el 8 y 15 día posparto. Esto puede variar según la mama, y la coloración se torna blanca debido al caseinato de calcio y emulsificación de las grasas.

2.3.5.4. Leche madura

La leche madura es el tipo de leche que segrega el tejido mamario después de la leche de transición. Suele empezar a segregarse entre 15-20 días después del nacimiento y perdurará hasta el momento del destete.

Se produce a continuación de la leche de transición y es mayor a 30 días post- parto. Se secreta en promedio alrededor de 700-900 ml/día durante los 6 meses posteriores al parto para luego descender a 500 ml/día durante los 6 meses siguientes. Los principales componentes de la leche materna son: proteínas, caseína, alfa lactoalbúmina, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas. Su pH es de 7 y su aporte energético está entre 70 a 76 Kcal. /dl.

2.3.6. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

(Tello, 2014) Argumenta que:

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrimentos que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades

nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido, prácticamente todas las madres pueden amamantar, si se les da el apoyo, los consejos y el aliento adecuados, así como ayuda práctica para resolver cualquier problema.

La lactancia materna con frecuencia y sin restricciones puede asegurar la producción continua de leche; y la ayuda para posicionar y colocar el bebé, aumentan las posibilidades de que la lactancia materna tenga éxito. La lactancia materna tiene una extraordinaria gama de beneficios; tiene consecuencias profundas sobre la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil.

2.3.6.1. Beneficios de la Lactancia Materna para el Niño

- La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas.
- La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.
- Le brinda protección extra contra todo tipo de infecciones y enfermedades, entre ellas: infecciones en el oído, infecciones respiratorias, diarrea, alergias, diabetes, obesidad, esclerosis múltiple, enfermedades virales y bacterianas e incluso algunos tipos de cáncer como la leucemia y el linfoma.
- Las niñas amamantadas también reciben protección contra cáncer de mama, además tienen menos problemas de caries y de deformaciones dentales.
- Los bebés que toman el pecho utilizan más de veinte músculos de la cara y la mandíbula, y los ejercitan más del doble que los

bebés que toman biberón. Esto es muy importante porque "prepara" la boca, la lengua y la garganta para formar los sonidos necesarios para el lenguaje.

- Estudios han demostrado que la lactancia materna, previene la aparición temprana de sobrepeso y obesidad, el peso y la talla son más bajos en comparación con aquellos niños alimentados con fórmula, lo que indica que, si el niño se alimenta con leche materna, crecerá de acuerdo con los estándares de crecimiento porque la ganancia de peso será más baja.
- Previene la anemia y las microhemorragias intestinales, no puede diluirse y es siempre fresca.
- Favorece su adecuado desarrollo cerebral y psicomotor y por lo tanto su desenvolvimiento social e intelectual.
- Fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo.
- Reduce el riesgo de desarrollar diabetes y obesidad.

Además de los beneficios inmediatos para el niño, la lactancia materna contribuye a mantener una buena salud durante toda la vida. Los adultos que de pequeños tuvieron lactancia materna suelen tener una tensión arterial más baja, menos colesterol y menores tasas de sobrepeso, obesidad y diabetes de tipo. También hay datos que indican que las personas que tuvieron lactancia materna obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia.

2.3.6.2. Beneficios de la Lactancia Materna para la Madre

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres.

- Ayuda a espaciar los embarazos.
- Reduce el riesgo de cáncer de ovario, cáncer de mama y osteoporosis.
- Aumenta los recursos familiares, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente.

- Inmediatamente después del parto, ayuda a reducir el riesgo de hemorragia posparto.
- A corto plazo, la lactancia materna retrasa el retorno a la fertilidad y a largo plazo reduce la diabetes tipo 2.
- Los estudios también han descubierto vínculos entre el cese temprano de la lactancia materna y la depresión posparto en las madres.
- También ayuda a que la placenta sea expulsada con mayor rapidez.
- La succión del bebé al tomar del pecho en las primeras semanas después del parto ayuda al útero a regresar más rápidamente a su tamaño natural.
- También ayuda a regresar al peso normal, ya que el cuerpo de la madre lactante utiliza alrededor de 400 a 500 calorías extras diariamente.
- La comodidad y la economía de tiempo y recursos también son aspectos a favor de la lactancia. Nada que comprar, nada que esterilizar, nada que calentar. En cualquier lugar y a cualquier hora puede alimentar a su bebé.
- La madre tendrá pechos menos congestionados cuando la leche baje.
- La leche baja más rápido dentro de los primeros días si el bebé mama desde que nace.
- Evita la fiebre de la mamá con la bajada de la leche.

Además de todas estas ventajas, existen también beneficios emocionales. El cuerpo de una mujer que está lactando produce oxitocina, que despierta en la madre una sensación de bienestar y sentimientos muy fuertes de cuidar, amar y proteger a su bebé. Esto la ayuda a responder mejor a las necesidades de su hijo.

Otra hormona que producen las madres lactantes es la prolactina, la cual la ayuda a estar más tranquila y relajada. Una madre que amamanta a

su bebé recibe muchas recompensas a cambio de un esfuerzo relativamente pequeño.

2.3.7. TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO

(Naveira, 2013) Dice que:

Para una lactancia materna apropiada, los reflejos del lactante son importantes. Los reflejos principales son: El reflejo de búsqueda, el reflejo de succión y el reflejo de deglución.

- **Reflejo de búsqueda:** Se presenta cuando algo toca los labios o la mejilla del lactante, y él bebe gira para encontrar el estímulo y abre su boca, colocando la lengua hacia abajo y hacia adelante y está presente, aproximadamente, desde la semana 32 de gestación.
- **Reflejo de succión:** Se presenta cuando algo toca el paladar del lactante, y el bebe comienza a succionarlo.
- **Reflejo de deglución:** Se presenta cuando la boca del lactante se llena de leche, y este deglute.

Los lactantes prematuros pueden agarrar el pezón aproximadamente desde las 28 semanas de edad gestacional y pueden succionar y extraer algo de leche desde, aproximadamente, la semana 31. La coordinación de la succión, deglución y respiración aparece entre las semanas de gestación 32 y 35. A esta edad, los lactantes sólo pueden succionar durante cortos períodos de tiempo, pero pueden recibir suplementación con leche materna mediante un vaso o taza. La mayoría de los lactantes son capaces de lactar completamente a la edad gestacional de 36 semanas.

2.3.7.1. Agarre al Pecho Materno

Una buena técnica de lactancia evita la aparición de complicaciones como grietas y dolor, vacía correctamente el pecho y permite una producción de leche adecuada para cada bebé. Para un buen agarre:

- ✓ El pezón y la areola se estiran hasta alcanzar la orofaringe del bebé.
- ✓ Los conductos largos que yacen debajo de la areola están dentro la boca del bebé.
- ✓ La lengua del bebé se estira hacia adelante por encima de la encía inferior para que pueda comprimir el pecho y de esta manera extraer la leche. Esto se llama succión.
- ✓ Cuando un bebé agarra el pecho dentro de su boca de esta manera, el bebé está bien pegado y puede obtener la leche fácilmente.

2.3.7.2. La Acción de Succión

Si el lactante tiene buen agarre al pecho materno, entonces podrá succionar de manera efectiva. Los signos de succión efectiva indican que la leche está fluyendo hacia la boca del lactante. El bebé deglute cuando la parte posterior de la boca se llena de leche. Algunos de los signos para identificar si la succión del bebe es efectiva son:

- ✓ El bebé succiona lenta y profundamente, algunas veces con pausas cortas.
- ✓ Se puede ver y escuchar la deglución.
- ✓ Las mejillas están llenas, no hundidas durante la succión.
- ✓ El bebé termina de mamar y suelta el pecho por sí mismo y se ve contento.
- ✓ Estos signos le dicen que la bebé esta “tomando” la leche y esta es una succión efectiva.

2.3.7.3. La Posición

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.

- ✓ La cabeza del bebé debe estar en el ángulo del codo materno, y la mano de la mamá sosteniendo el cuerpo del bebé.
- ✓ El cuerpo del bebé debe estar hacia la panza de la madre, quedando en contacto ambos (panza con panza).
- ✓ Para cambiar de una mama a otra, se debe introducir gradualmente el dedo meñique entre la boca del bebé y el pezón ayudando de esta manera a separar la mama de la boca del bebé y así prevenir que se produzcan las grietas del pezón.

2.3.8. POSICIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO

(Hernandez, 2016) Describe que:

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 debemos confiar en nuestra 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.

Posición significa cómo la madre sostiene a su bebé para que agarre bien el pecho. La madre puede amamantar en varias posiciones. Como regla general, hay que amamantar con comodidad y siempre mantener el cuerpo de ambos enfrentados, panza con panza. Es importante variar las posiciones durante el día para el mejor vaciamiento de las mamas y la prevención de la tensión láctea o grietas del pezón. La correcta posición de la madre durante el amamantamiento es de gran importancia para el éxito de la Lactancia Materna.

2.3.8.1. Posición de Amamantamiento Sentada

La posición sentada suele ser más cómoda con la elevación de los pies en un banco. Se debe colocar al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. De esta manera la madre puede sujetarlo con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo. Con la otra mano puede dirigir el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre acercarlo con suavidad al pecho para que pueda agarrar un buen pedazo de areola.

Es la posición más utilizada pasados los primeros días, cuando la madre tiene más movilidad y seguridad con el bebé. No es necesario intentar sujetar las nalgas del bebé con la mano del brazo en el que está apoyado, ya que habitualmente esto fuerza a que la cabeza del bebé se sitúe muy cerca del codo, lo que puede provocar que el cuello se flexione resultándole más difícil agarrarse bien y tragar con comodidad.

2.3.8.2. Posición de Amamantamiento Invertida o Balón de Rugby

El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el

caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque pueden darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en esa. Es una posición muy cómoda para amamantar a gemelos y a prematuros.

2.3.8.3. Posición de Amamantamiento Acostada

En esta posición, la madre se sitúa acostada de lado, con la cabeza ligeramente elevada sobre una almohada con el bebé también de lado, acostado sobre la cama, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. La madre puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con suavidad, cuando abra la boca, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para las tomas, nocturnas y los primeros días, aunque suele ser más incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica.

2.3.8.4. Posición de Amamantamiento de Caballito

En esta posición, el bebé está sentado sobre una de las piernas de la madre. Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, en bebés con reflujo gastroesofágico importante, prematuros, con labio leporino o fisura palatina, mandíbula o problemas de hipotonía. En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre.

2.3.8.5. Posición de Amamantamiento Cruzada

En esta posición ambos bebés están estirados frente a la madre, mirando un bebé hacia un pecho y el otro hacia el otro pecho, de manera que los cuerpos de ambos se cruzan. Esta posición se utiliza para gemelos especialmente si son pequeños.

2.3.8.6. Posición de Amamantamiento Mixta

Se trata de una posición también muy frecuente con bebés múltiples, en la que uno mama estirado frente a la madre y el otro en posición “de rugby”

2.3.9. PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

Existen una serie de pasos para lograr una lactancia materna exitosa, los cuales se presentan a continuación:

1. Tener una política de lactancia materna por escrito que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.
2. Capacitar al personal de la maternidad en las habilidades para implementar esta política.
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora inmediatamente después del parto.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun en caso de separarse de sus bebés.
6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que este médicamente indicado
7. Practicar el alojamiento conjunto, permitir a la madre su bebé permanecer juntos las 24 horas del día.
8. Alentar la lactancia a demanda.
9. No dar biberones, ni chupones a bebés que están amamantando
10. Auspiciar la formación de grupos de apoyo a la lactancia en la comunidad y referir a las madres a estos grupos a su alta.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

- **SUSPICACIA:** Especie o idea sugerida por la sospecha o desconfianza.
- **SUCEDÁNEO:** Dicho de una sustancia: Que, por tener propiedades parecidas a las de otra, puede reemplazarla.
- **IQ:** Coeficiente Intelectual.
- **LME:** Lactancia Materna Exclusiva.
- **HOMÓNIMO:** Dicho de una persona o de una cosa: Que, con respecto de otra, tiene el mismo nombre. Usado, usada o usadas también como sustantivo.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **NEXO:** Es un conector gramatical usado en una frase para unir dos ideas o enunciados y es un recurso lingüístico que ayuda a dar coherencia y cohesión a la redacción de un texto.
- **DECLIVE:** Inclinación o Pendiente.
- **UNICEF:** Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
- **ESBOZO:** Acto y el resultado de esbozar: insinuar, sugerir, bosquejar. Un esbozo suele ser el inicio o la primera versión de una obra.
- **INVAGINACION:** Introducción anormal de una porción del intestino en la que la precede o la sigue.
- **MESÉNQUIMA:** Tejido del organismo embrionario.
- **HIPOPLASIA:** Es el nombre que recibe el desarrollo incompleto o detenido de un órgano o tejido.
- **EYECCIÓN:** Expulsión, evacuación de una sustancia destinada a ser eliminada.
- **LÓBULO:** Porción redondeada y saliente de un órgano cualquiera.
- **FASCIA:** Membrana fibrosa que recubre los músculos.
- **PTÓSICA:** Condición en la que hay caída del párpado superior ya sea en un ojo o en ambos ojos.
- **CONVERGER:** Dicho de dos o más líneas: Tender a unirse en un punto.

- **HIPERMASTIA:** El aumento numérico de las mamas
- **HIPERTELIA:** Fenómeno biológico de pezones supernumerarios, si bien sin glándula mamaria.
- **LINFIA:** Es un líquido transparente que recorre los vasos linfáticos.
- **DIGITACION:** Adiestramiento de las manos en la ejecución musical con ciertos instrumentos, especialmente los que tienen teclado.
- **APONEUROSIS:** Es una membrana fibrosa formada principalmente por fibras de colágeno que tiene la función de servir de inserción a algunos músculos esqueléticos.
- **PLEXO:** Red formada por varios filamentos nerviosos y vasculares entrelazados.
- **RUDIMENTO:** Embrión o estado primordial e informe de un ser orgánico.
- **ABOLLONADA:** Repujar formando bollones.
- **MITOSIS:** División de la célula en la que, previa duplicación del material genético, cada célula hija recibe una dotación completa de cromosomas.
- **ESTROMA:** Trama o armazón activa de un tejido, que sirve para sostener entre sus mallas los elementos celulares.
- **SECTO:** Cada una de las partes de una colectividad, grupo o conjunto que tiene caracteres peculiares y diferenciados.
- **CALOSTRO:** Primera leche que da la hembra después de parida. Usado también en plural con el mismo significado que en singular.
- **FIBROSIS:** Formación patológica de tejido fibroso.
- **ACINOS:** son las estructuras epiteliales multicelulares donde se encuentran las células secretoras de una glándula exócrina.
- **HGH:** Hormona de Crecimiento
- **MACRÓFAGOS:** Conjunto de células componentes del sistema fagocítico mononuclear que está formado no solo por monocitos, macrófagos e histiocitos, sino también por fibroblastos, células endoteliales y células reticulares.
- **NEUTRÓFILOS:** Tipo de glóbulos blancos o leucocitos que defienden el cuerpo contra las infecciones bacterianas y micóticas

- **LINFOCITOS:** Son células del sistema inmunitario. Son un tipo de leucocito que provienen de la diferenciación linfoide de las células madre hematopoyéticas ubicadas en la médula ósea.
- **INMUNOGLOBULINAS:** Globulina plasmática que actúa como anticuerpo.
- **LACTOFERRINA:** Es una proteína globular color roja perteneciente a la familia de las transferrinas
- **SEROALBÚMINA:** Albúmina sérica es uno de los componentes del plasma sanguíneo.
- **CAROTENOS:** Son pigmentos fotosintéticos importantes para la fotosíntesis. Los carotenos no contienen átomos de oxígeno. Absorben la luz ultravioleta, violeta y azul y dispersan la luz naranja o roja, y (en bajas concentraciones) la luz amarilla.
- **KCAL:** Kilocalorías
- **MECONIO:** Primera evacuación del bebe.
- **HIPERBILIRRUBINEMIA:** Aumento de los niveles de bilirrubina en el cuerpo.
- **PH:** Potencial de Hidrogeno.
- **DEGLUCIÓN:** Acción y efecto de deglutir o tragar
- **HIPOGALACTIA:** Baja producción de leche materna.
- **MASTITIS:** Inflamación de las Glándulas mamarias.
- **HIPOTONÍA:** Disminución del tono muscular.
- **AUSPICAR:** Presagiar, adivinar, predecir.

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 los “Beneficios de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años”, 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 “Beneficios de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años” es un estudio de tipo explicativo y descriptivo. Es explicativo porque como personal de Enfermería y del área de Salud se expondrá y se explicará la gran importancia y los beneficios de la lactancia materna para los niños hasta los 2 años 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 tema de investigación “Beneficios de la lactancia materna en niños de 0 a 2 años” 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 usarán datos numéricos para su respectiva tabulación.

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 La Esmeralda del Municipio 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 de problemas por no amamantar 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 20 personas del Barrio La Esmeralda, Municipio 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 que tengan hijos de 0 a 2 años de edad, 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 La Esmeralda de Frontera Comalapa” a 20 personas que se encuentren disponibles en ese momento. La encuesta se llevará a cabo el día 19 de Mayo del año 2023 a las 10:00 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 SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

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

- a) A los síes meses
- b) Al año
- c) A los 2 años
- d) A los 5 años

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

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

3.- ¿CADA CUANTO AMAMANTAS A TU BEBE?

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

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

- a) Si
- b) No

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

- a) Si
- b) No

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

- a) Si
- b) No

7.- ¿QUE CANTIDAD DE LECHE PRODUCES NORMALMENTE?

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

8.- ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD QUE LE IMPIDE DAR LACTANCIA MATERNA A SU BEBÉ?

- a) Si
- b) No

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

- a) Si
- b) No

10.- ¿TOMAS ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO DURANTE LA LACTANCIA MATERNA?

- a) Si
- b) No

III.- DATOS DE CONOCIMIENTO

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

- a) Si
- b) No

12.- ¿CONOCES LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LOS NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS?

- c) Si
- d) No

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

- a) Si
- b) No

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

- a) Si
- b) No

15.- ¿SABES QUE ES EL CALOSTRO?

- a) Si
- b) No

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL DISEÑO METODOLOGICO

En esta etapa es importante haber aplicado el instrumento adecuado para poder así medir los datos y posteriormente analizarlos. En este estudio, se eligió como medio de la recolección de datos la forma directa y estructurada. Esto mediante a un cuestionario que se aplicó a manera de muestreo, entre personas que se encuentren disponibles en el Barrio Cuernavaca de Frontera Comalapa, Chiapas.

El procedimiento de datos incluye las funciones de edición y codificación. La edición comprende la revisión de los formatos de datos en cuanto a la legibilidad, consistencia y totalidad de los datos. La codificación implica el establecimiento de categorías para las respuestas o grupos de respuestas.

El día viernes 19 de Mayo del año 2023 se realizó la aplicación de las encuestas a las personas previstas de acuerdo a la muestra establecida. Consiste en veinte personas que se encontraron disponibles en el Barrio Cuernavaca del Municipio de Frontera Comalapa.

La encuesta se llevó a cabo en un promedio de 3 horas por parte de los tesisistas profesionales de Enfermería del 9° cuatrimestre, modalidad escolarizada 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.

A continuación, se presentan 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 en estudio.

1.2. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

TABLA I: DATOS PERSONALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	20-25	6	30%
	26-30	4	20%
	31-35	6	30%
	36-40	4	20%
	TOTAL	20	100%
SEXO	FEMENINO	20	100%
	MASCULINO	0	0%
	TOTAL	20	100%
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	7	35%
	SECUNDARIA	5	25%
	PREPARATORIA	5	25%
	UNIVERSIDAD	3	15%
	TOTAL	20	100%
OCUPACION	AMA DE CASA	18	90%
	COMERCIANTE	2	10%
	TOTAL	20	100%

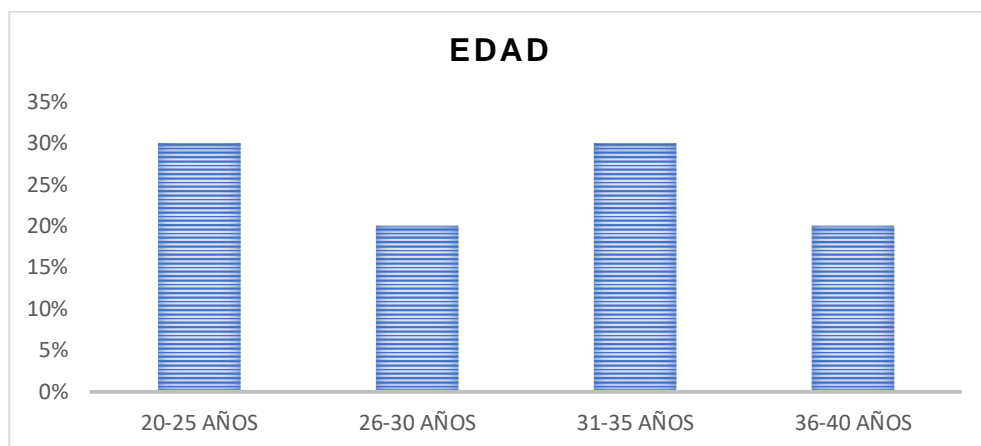
TABLA II: DATOS DE CONOCIMIENTO

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA	SI	14	70%
	NO	6	30%
	TOTAL	20	100%
IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA	SI	14	70%
	NO	6	30%
	TOTAL	20	100%
BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA PARA EL BEBE	SI	16	80%
	NO	4	20%
	TOTAL	20	100%
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE	SI	16	80%
	NO	4	20%
	TOTAL	20	100%
CONCEPTO DE CALOSTRO	SI	13	65%
	NO	7	35%
	TOTAL	20	100%

TABLA III: DATOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

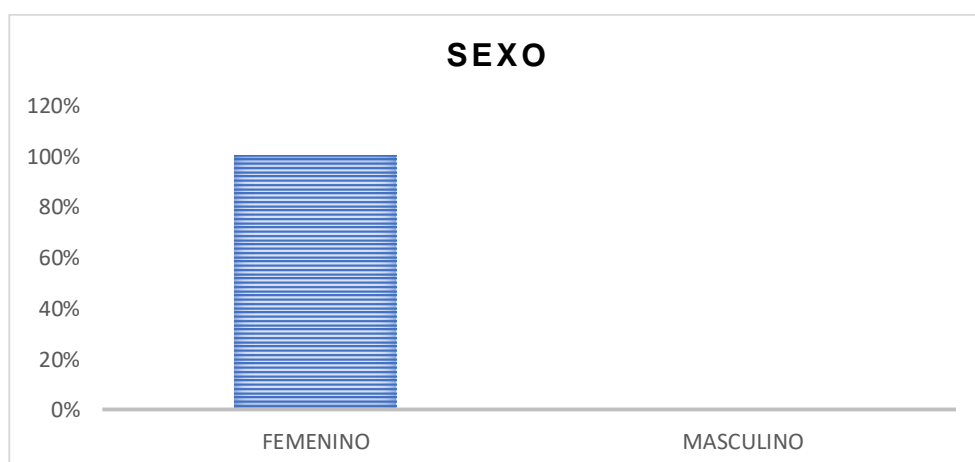
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD PARA QUITAR LA LACTANCIA MATERNA	6 MESES	5	25%
	1 AÑO	10	50%
	2 AÑOS	5	25%
	5 AÑOS	0	0%
	TOTAL	29	100%
POSISICON PARA AMAMNTAR	SENTADA	15	75%
	ACOSTADA	5	25%
	DE PIE	0	0%
	TOTAL	20	100%
FRECUENCIA DE AMAMANTAMIENTO	3 VECES AL DIA	1	5%
	DE 4 A 7 VECES	4	20%
	CUANDO TIENE HAMBRE	15	75%
	TOTAL	20	100%
USO DE FORMULAS	SI	11	55%
	NO	9	45%
	TOTAL	20	100%
DISPOSITIVO PARA AMAMANTAR	SI	5	25%
	NO	15	75%
	TOTAL	20	100%
RELACION PESO-EDAD IDEAL	SI	18	90%
	NO	2	10%
	TOTAL	20	100%
CANTIDAD DE LECHE	MUCHO	6	30%
	POCO	3	15%
	REGULAR	11	55%
	TOTAL	20	100%
PATOLOGIA AGREGADA	SI	0	0%
	NO	20	100%
	TOTAL	20	100%
TOXICOMANIAS	SI	1	5%
	NO	19	95%
	TOTAL	20	100%
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	SI	0	0%
	NO	20	100%
	TOTAL	20	100%

GRÁFICA 1



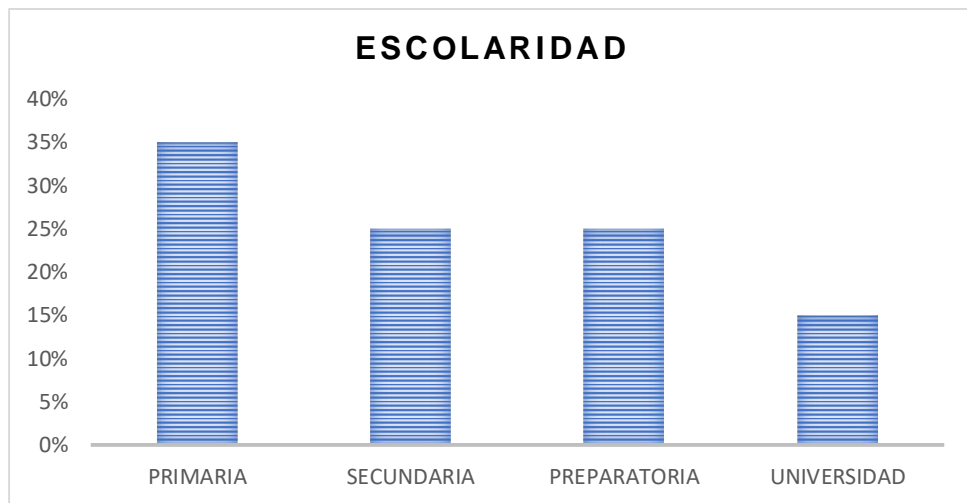
INTERPRETACION: En la presente grafica se observa claramente que en un 30% la edad de las encuestadas corresponde a edades entre los 20 a 25%, de igual forma con el mismo porcentaje edades de 31 a 35 años; en cambio solo el 20% para personas de 26 a 30 años y de 36 a 40 años respectivamente; lo que indica una dispersión entre edades y que esto no influye en los resultados obtenidos.

GRÁFICA 2



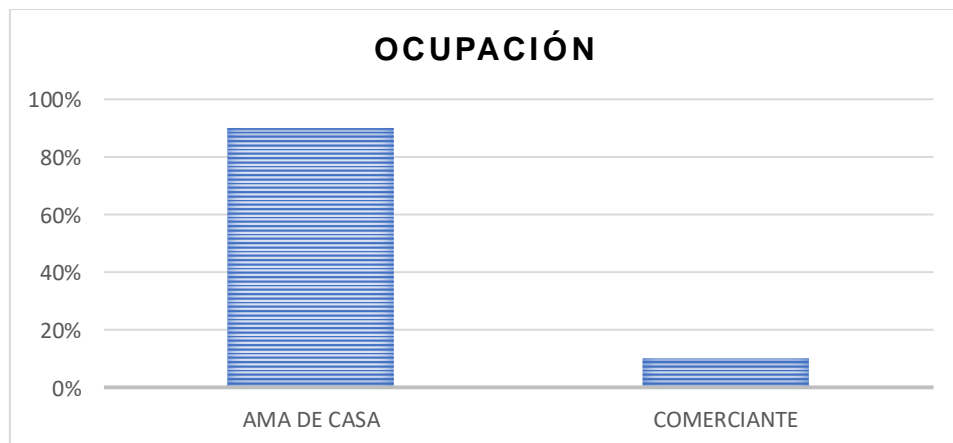
INTERPRETACION: En la gráfica de arriba se observa que en un 100% corresponde al sexo femenino, es decir que de la muestra tomada todas son mujeres y esto nos da la pauta para desarrollar estrategias de información ya que ellas son las encargadas de amamantar a sus hijos.

GRÁFICA 3



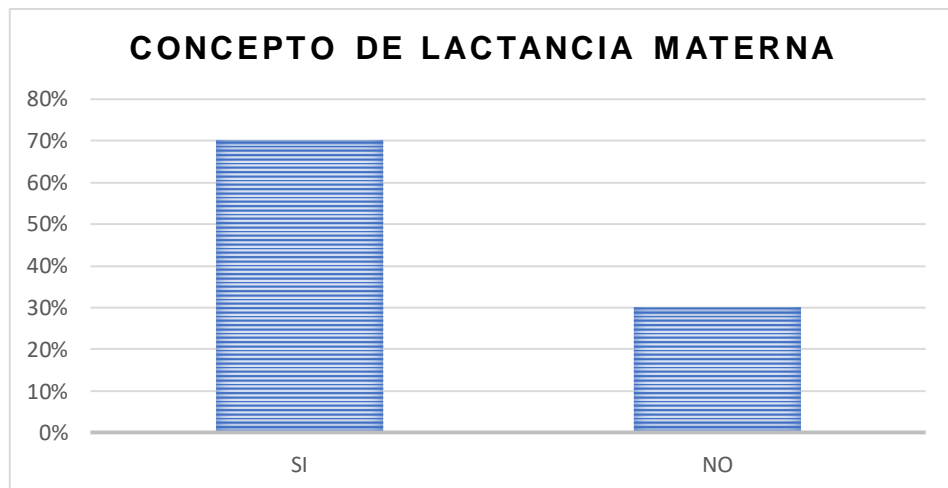
INTERPRETACION: Tal como se puede ver en la imagen, la mayoría de las mujeres encuestadas tienen al menos la primaria con un 35%, un 25% secundaria y de igual forma preparatoria y solo un 15% son de nivel universitario, lo que nos ayudo a que la información fuera más fácil de comprender.

GRÁFICA 4



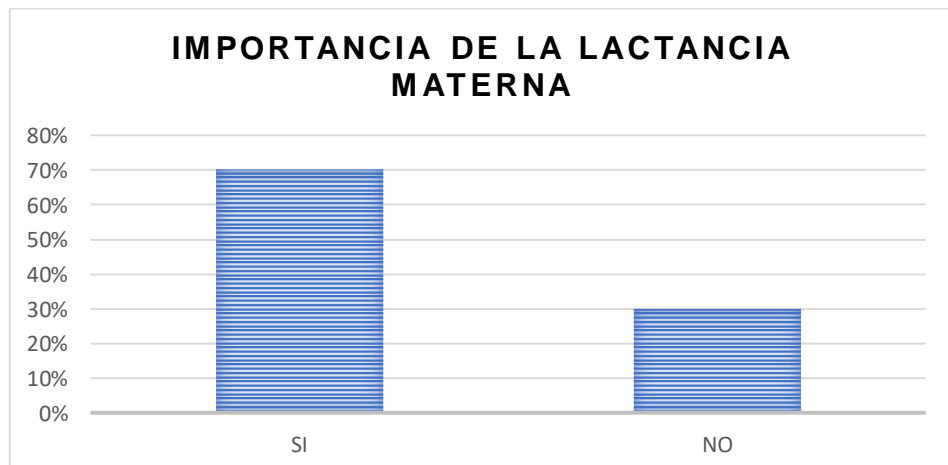
INTERPRETACION: En la imagen presentada en la parte de arriba, podemos notar que un 90% de las mujeres encuestadas se dedican a actividades del hogar y solamente un 10% se dedican al comercio, lo que nos enseña que la mayoría podría practicar la lactancia materna con sus hijos.

GRÁFICA 5



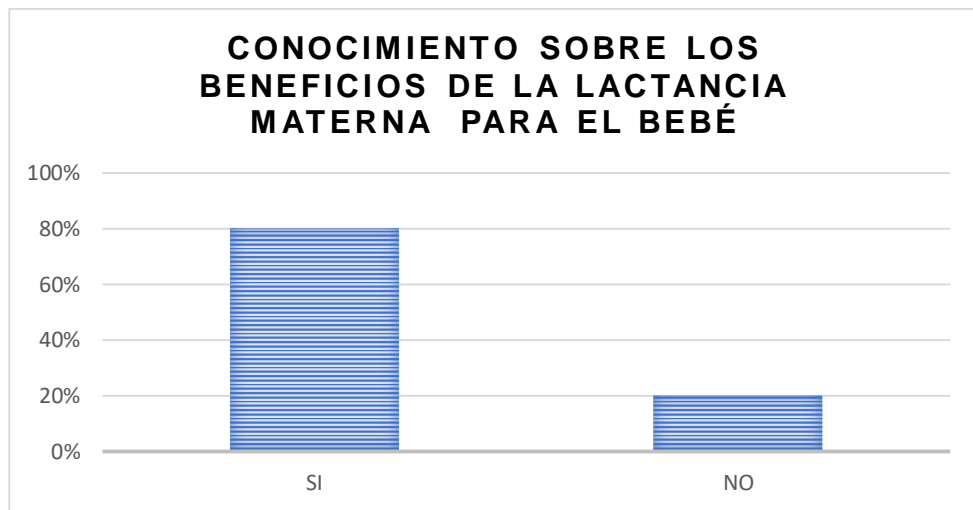
INTERPRETACIÓN: En la presente gráfica se observa que una gran parte de las mujeres encuestadas (70%) saben y conocen que es la lactancia materna, pero aun sigue existiendo un porcentaje considerable (30%) que no conoce del tema; lo que significa que sera fundamental implementar medidas de promocion sobre este tema tan importante.

GRÁFICA 6



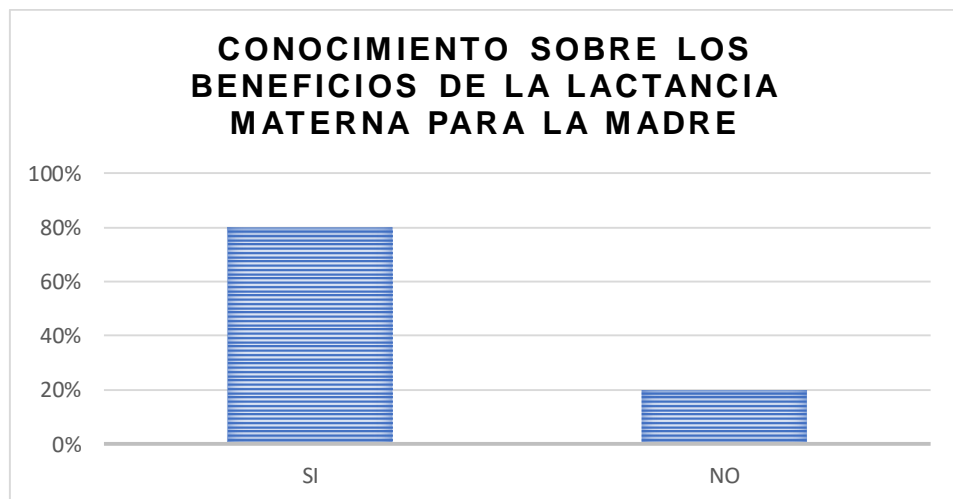
INTERPRETACIÓN: En la presente gráfica se observa que una gran parte de las mujeres encuestadas (70%) conocen la importancia de la lactancia materna, pero aun sigue existiendo un porcentaje considerable (30%) que no conoce del tema; lo que significa que se debera implementar medidas de promocion e informativas.

GRÁFICA 7



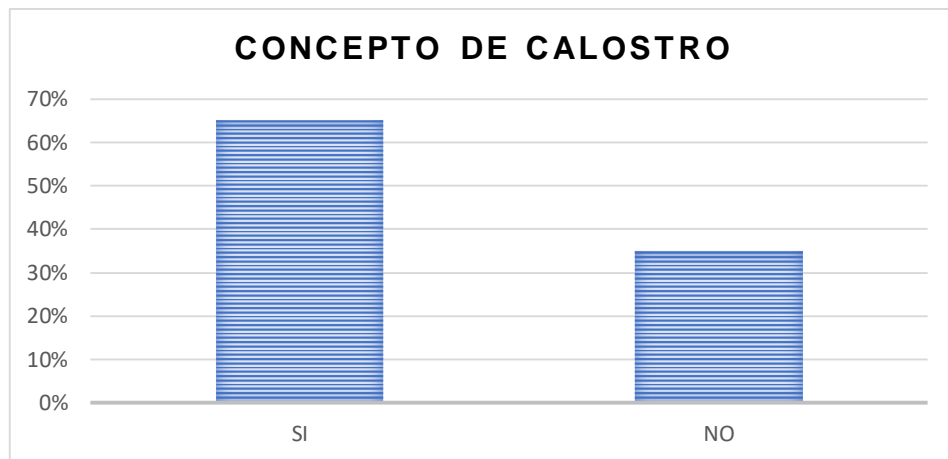
INTERPRETACIÓN: La grafica presentada en la parte de arriba nos muestra claramente que un 80% (16 mujeres) si conoce los beneficios de la lactancia materna para los niños y solo un 20% (4 mujeres) desconocen esta informacion; pero el hecho de saberlo aun existen mujeres que no dan lactancia materna por otros inconvenientes.

GRÁFICA 8



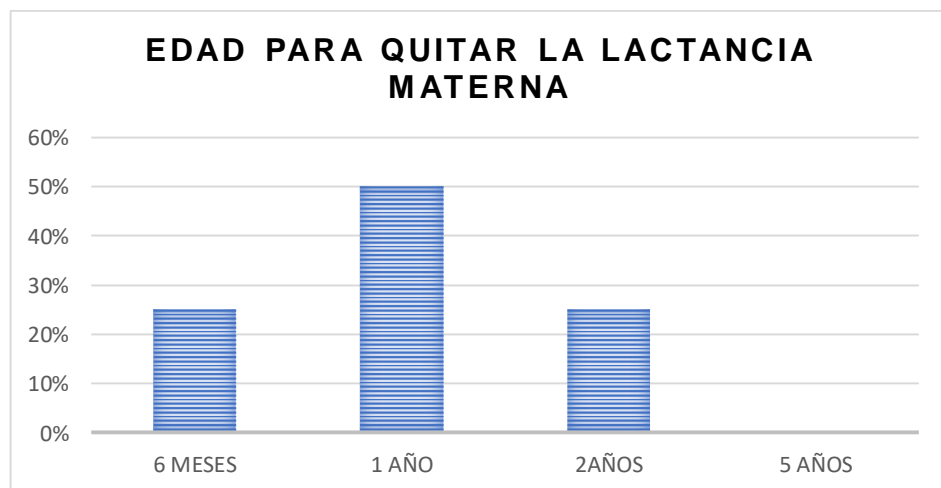
INTERPRETACIÓN: La grafica presentada en la parte de arriba nos muestra claramente que un 80% (16 mujeres) si conoce los beneficios de la lactancia materna para las madres y solo un 20% (4 mujeres) desconocen esta informacion; pero el hecho de saberlo aun existen mujeres que no dan lactancia materna por otros inconvenientes.

GRÁFICA 9



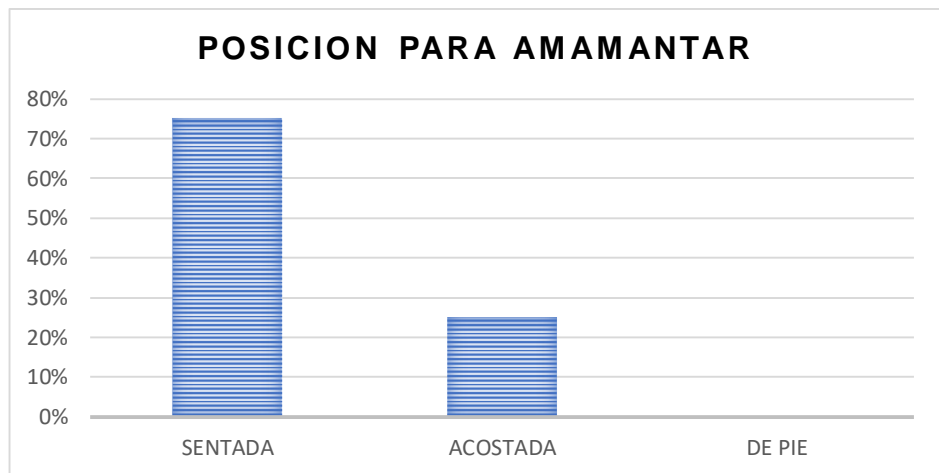
INTERPRETACIÓN: En la presente gráfica observamos la variable de concepto de calostro y definitivamente existe un alto porcentaje de personas (65%) que conocen este concepto, pero si una minima parte (35%) que no sabe del tema, por lo que sera d egran relevancia trabajar en la promocion y medidas informativas para ampliar sus conocimientos.

GRÁFICA 10



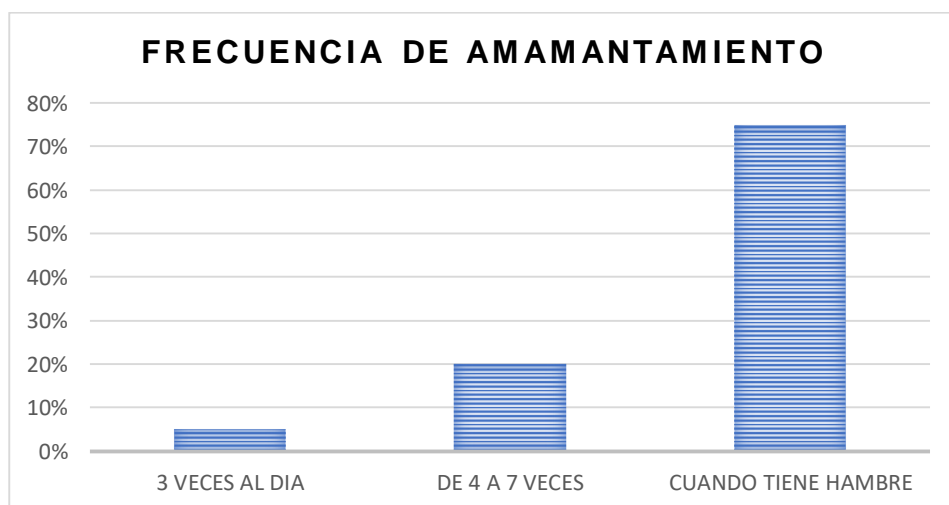
INTERPRETACION: La grafica insertada nos muestra la variable edad recomendable para quitar la lactancia materna y nos damos cuenta que la mitad de las encuestadas dice que lo ideal seria cuando el niño tenga 1 año, mientras que un 25% opina que seria ideal a los 6 meses de igual forma el otro 25% que, a los 2 años, lo que nos hace pensar que tienen buena información sobre el tema.

GRÁFICA 11



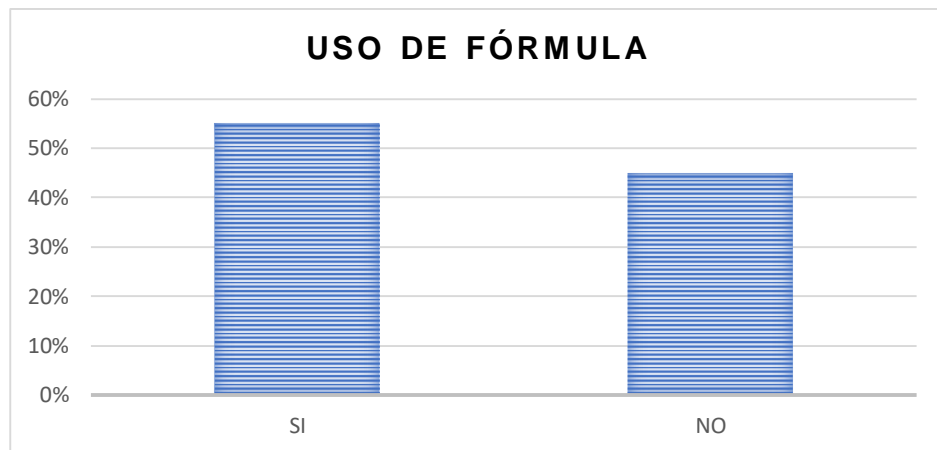
INTERPRETACION: Nuestra grafica presentada muestra que la gran mayoría en un 75% amamanta a su hijo estando sentada y solo un 25 % lo realiza acostada, logrando así que la lactancia materna sea mas cómoda para la madre.

GRÁFICA 12



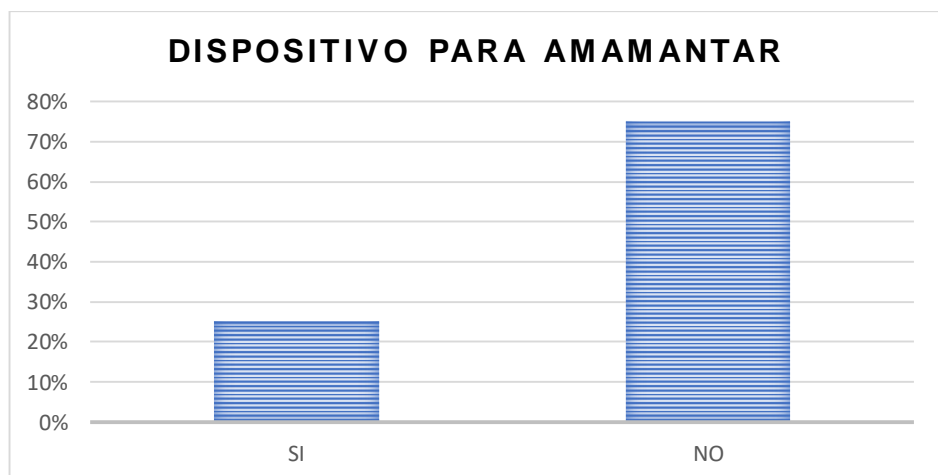
INTERPRETACIÓN: En esta grafica podemos observar la variable frecuencia de amamantamiento en la que claramente nos damos cuenta de que 15 personas con el 75% amamantan a sus hijos cada vez que tienen hambre, un 20% lo hacen de 4 a 7 veces y finalmente solo el 5% lo hace solo 3 veces al día. Esto nos afirma que la mayoría posee información adecuada del tema.

GRÁFICA 13



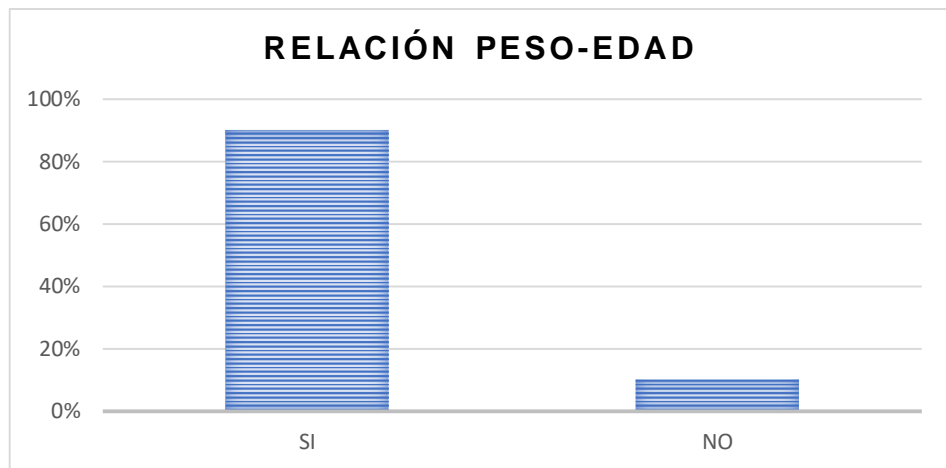
INTERPRETACIÓN: Observamos en la gráfica superior que el uso de formula en niños es bastante común por parte de las madres encuestadas, exactamente con un 55% y el resto con un 45% no usa ningún tipo de formula, manteniendo en equilibrio esta práctica que para la lactancia materna exclusiva es fundamental.

GRÁFICA 14



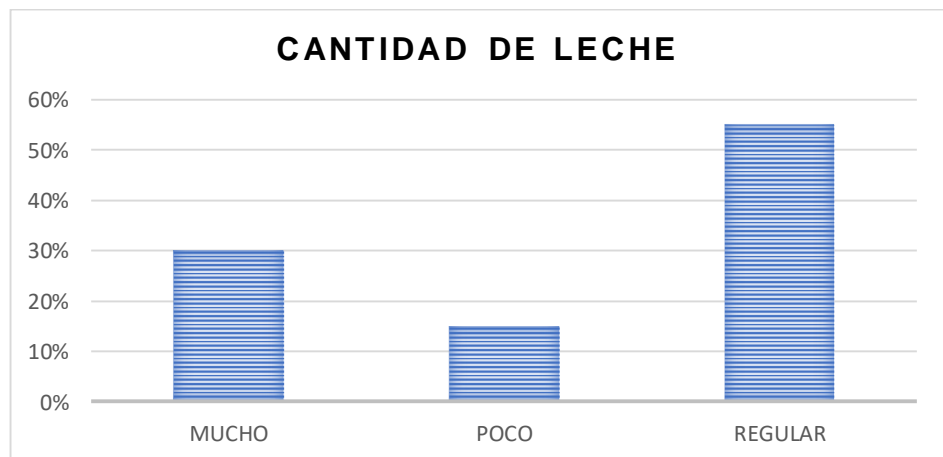
INTERPRETACIÓN: La gráfica que se presenta en esta ocasión corresponde a los dispositivos de apoyo para el proceso de amamantamiento y definitivamente encontramos que el 75% no usa ningún dispositivo como el chupón, aunque el otro 25% si lo hace, por lo que debemos trabajar con esta mínima parte de la población para evitar su uso y aprovechar los benéficos de lactancia materna.

GRÁFICA 15



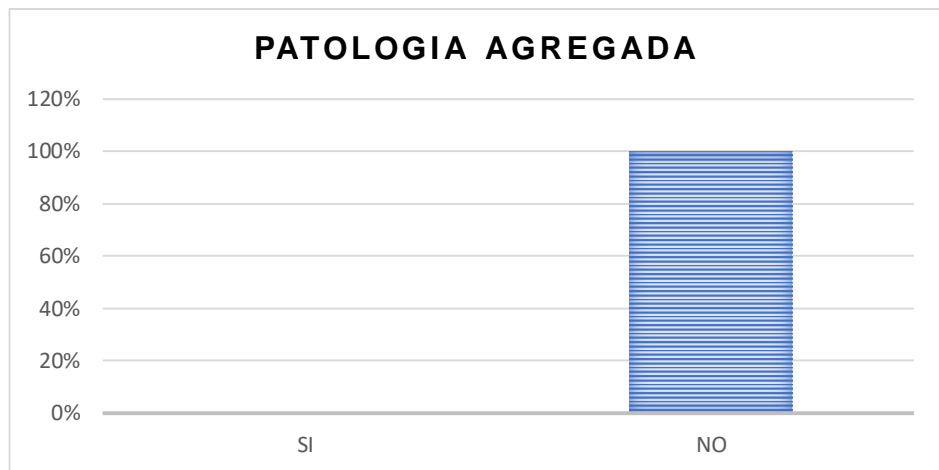
INTERPRETACIÓN: En esta grafica correspondiente a la variable de la relación peso edad, se observa claramente que casi todo el total de la muestra (90%) dice que el peso de sus hijos si corresponde a su edad y solamente un 10% no es proporcional; entonces es necesario implementar estrategias para evitar obesidad y/o peso bajo.

GRÁFICA 16



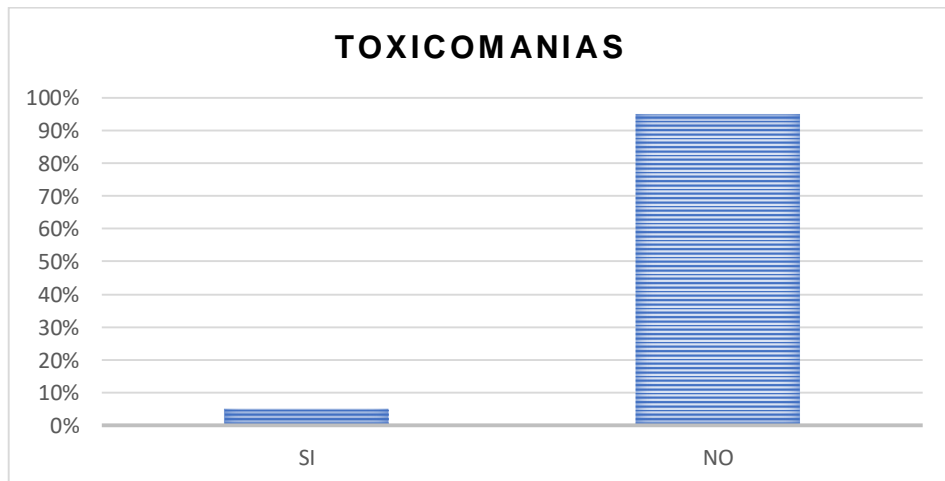
INTERPRETACIÓN: En la presente grafica observamos que de la muestra encuestada más de la mitad (55%) produce leche en cantidades regulares, un 30% produce mucha leche y solo un 15% produce poca leche, por lo que será necesario la implementación de planes de alimentación para mejorar este problema, ya que por esto muchas no dan lactancia materna.

GRÁFICA 17



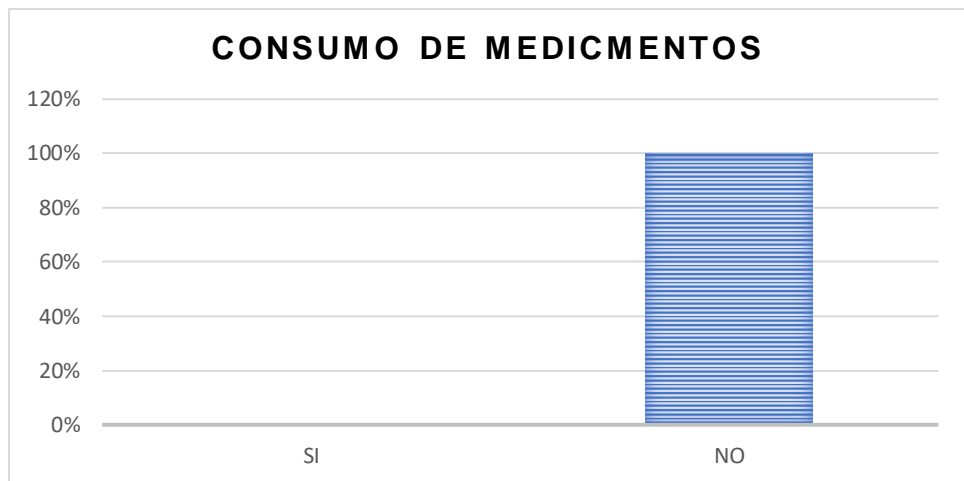
INTERPRETACIÓN: La grafica de arriba nos muestra que definitivamente las 20 personas con un 100% no padecen alguna enfermedad, lo que supone una gran ventaja para practicar la lactancia materna y que no existan pretextos para practicarla.

GRÁFICA 18



INTERPRETACIÓN: La imagen de la parte superior expresa la variable toxicomanías y se observa como el 95% de las personas encuestadas no consumen algún tipo de sustancias toxicológicas y solo un 5% si lo hace de forma regular. Esto significa que la gran mayoría puede amamantar sin ningún problema.

GRÁFICA 19



INTERPRETACIÓN: En la gráfica de la parte superior observamos la variable consumo de medicamentos y se muestra cómo el 100% de las personas encuestadas no consumen algún tipo de medicamentos durante la lactancia. Esto significa que todos pueden amamantar sin algún impedimento.