



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

TESIS

Factores del Entorno Relacionados con el Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en Madres que asisten al Centro de Salud de Mixquiahuala Hidalgo.

Que para obtener el diploma de
Especialista en Enfermería Neonatal

PRESENTA

LEO. BRENDA MALDONADO ESCALANTE

DIRECTOR DE TESIS

MCE. MA. LUISA SÁNCHEZ PADILLA

CODIRECTOR DE TESIS

MCE. REYNA CRISTINA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

SEPTIEMBRE 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

SINODALES

Director: MCE Ma. Luisa Sánchez Padilla_____

Codirector: MCE Reyna Cristina Jiménez Sánchez_____

Vocal 1: MCE Olga Rocío Flores Chávez_____

Vocal 2: MCE Rosa María Guevara Cabrera_____

Vocal 3: José Arias Rico_____

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.

Septiembre 2017.

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a mis padres, por su cariño y amor, pero sobre todo por sus palabras de aliento y apoyo.

A mí siempre querido esposo y amigo Javier, que decidió compartir conmigo este reto, lleno de esfuerzos y dedicación. Por sus palabras de amor, su confianza, y por el tiempo brindado para mi realización profesional.

A mi amada hija Fernanda que día a día me demuestra el verdadero entusiasmo por la vida y el amor incondicional.

A mi hijo Javier, por ser el motor de mi vida y la fuerza que me inspira a ser más y mejor persona.

A mis amigas de este viaje, quienes sin esperar nada a cambio, compartieron conmigo sus conocimientos, alegrías y tristezas, pues de una u otra manera contribuyeron en el logro de este sueño (Jazmín, Evelia y Brenda).

AGRADECIMIENTOS

A veces volteo al cielo, sonrío y digo “Yo sé que fuiste tú”.

Quiero expresar mi agradecimiento a Dios por la oportunidad de ver finalizado este sueño, por los buenos momentos y las grandes experiencias que contribuyeron al logro del mismo.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo es especial al Instituto de Ciencias de Salud, por la enseñanza otorgada a lo largo de este año y por permitirme escalar un peldaño más en mi carrera profesional.

A mi directora de tesis la MCE. Ma. Luisa Sánchez Padilla, mi más amplio agradecimiento por su paciencia ante mi inconsistencia, por sus valiosas palabras, su dirección y apoyo para seguir este camino y llegar a la conclusión.

A mi codirectora la MCE Reyna Cristina Jiménez Sánchez, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, para finalizar este proyecto

Un especial agradecimiento a mi querido hermano Francisco por sus conocimientos compartidos, por ser un gran guía en el camino de la investigación y por el apoyo incondicional que me brindo.

No puedo olvidar en mis agradecimientos a mis compañeros y amigos de turno, Delfino y Alma, se merecen muchas y buenas palabras ya que con ellos compartí incontables horas de trabajo y buenos ratos, siempre apoyándome en la realización de esta investigación.

Todo esto no hubiera sido posible sin el apoyo de las usuarias del Centro de Salud, que con gusto participaron en la encuesta, las palabras nunca serán suficientes para expresar mi aprecio y agradecimiento.

A todos ustedes, mi mayor reconocimiento y gratitud

INDICE

RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos	17
Hipótesis	17
CAPITULO 1	18
MARCO TEORICO	18
1.1 Teoría Adopción del Papel Maternal de Ramona Mercer	18
1.2 Lactancia Materna	21
1.2.1 Lactancia Materna Exclusiva.....	21
1.2.2 Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria.....	22
1.2.3 Formación de la Leche Humana.....	23
1.2.4 Composición de la Leche.....	25
1.2.5 Beneficios de la Lactancia Materna	31
1.2.6 Extracción y Conservación de la Leche Humana	33
1.2.7 Recomendaciones para la Promoción de la Lactancia Materna	36
1.3 Factores del Entorno que se relacionan con el abandono de la LME.....	37
1.3.1 Factores del Microsistema.....	38
Pezón plano o invertido.....	38
Sobrecarga o congestión de senos.....	39
Grietas o Fisuras en el pezón	40
Mastitis.....	42
Absceso mamario.....	42
Hipogalactia.....	43
Estética	44
Madre con problemas de salud.....	45
1.3.2 Factores del Mesosistema.....	47
Madre trabajadora.....	47

1.3.3 Factores del Macrosistema.....	49
La falta de información	49
1.4 Características Físicas y Psicológicas de las Mujeres Adultas Jóvenes.....	49
MARCO REFERENCIAL	52
CAPITULO 2	56
METODOLOGÍA	56
2.1 Tipo.....	56
2.2 Diseño	56
2.3 Población	56
2.4 Muestra	56
2.5 Definición Espacial y Temporal	56
2.6 Criterios de Selección.....	57
2.6.1 Inclusión	57
2.6.2 Exclusión	57
2.6.3 Eliminación	57
2.7 Consideraciones Éticas	58
2.8 Procedimiento para Recolección.....	59
2.9 Instrumento.....	59
2.10 Plan de Análisis Estadístico.....	60
CAPITULO 3	61
RESULTADOS.....	61
3.2 Discusión	68
3.3 Conclusiones	71
3.4 Sugerencias	72
BIBLIOGRAFÍA	73
Anexo1. Operacionalización de Variables Demográficas	77
Anexo 2. Operacionalización de Variables de Estudio	78
Anexo 3.....	79
Anexo 4.....	80

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. PORCENTAJE EN RANGO DE EDADES DE LAS MADRES ENCUESTADAS Y SU ESCOLARIDAD.....	61
TABLA 2. PORCENTAJE DE LA OCUPACIÓN Y ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ENCUESTADAS.....	62
TABLA 3. PORCENTAJE DEL NÚMERO DE MADRES PRIMÍPARAS Y DEL SEXO DEL LACTANTE.	62
TABLA 4. PORCENTAJE RESPECTO A LA VÍA DE NACIMIENTO DEL LACTANTE.....	63
TABLA 5. PORCENTAJE SOBRE LA ORIENTACIÓN PREVIA Y PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN CON RESPECTO A LA LM.....	63
TABLA 6. PORCENTAJE SOBRE LA EXPERIENCIA EN LACTANCIAS PREVIAS.	64
TABLA 7. PORCENTAJE DE LA EDAD EN QUE EMPEZÓ A RECIBIR OTRO ALIMENTO DIFERENTE A LECHE MATERNA.....	64
TABLA 8. PORCENTAJE DE LA EDAD EN QUE COMENZÓ A RECIBIR LECHE ARTIFICIAL EL LACTANTE.	65
TABLA 9. PORCENTAJE EN QUE EL LACTANTE RECIBIÓ JUGO Y/O AGUA.	65
TABLA 10. PORCENTAJE DE LA EDAD EN QUE RECIBIERON POR PRIMERA VEZ COMIDA LOS LACTANTES.....	66
TABLA 11. PORCENTAJE DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA.....	66

RESUMEN

Introducción: La Lactancia Materna (LM) es uno de los factores que más contribuye con la salud y la alimentación de los niños, existen numerosos beneficios tanto para el lactante como para madre; especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes. **Objetivo:** Analizar los factores del entorno relacionados con el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva (LME), en el Centro de Salud de Mixquiahuala Hidalgo. **Metodología:** Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, tipo descriptivo, no experimental, de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las madres de niños con edad entre 6 y 24 meses, que acudan al control de crecimiento y desarrollo durante en los meses de agosto, septiembre y octubre 2016, la muestra fue de 40 madres. **Resultados:** Del 100% de las madres, el 50% se encuentran dentro del grupo etario de 26 a 35 años, el 52.5% son primíparas, el 70% son nacidos vía cesárea, el porcentaje de abandono de la LME es del 75%, como principal motivo de abandono tenemos la falta de leche con 40%, no se llena se queda con hambre el 17.5%, inicio de actividades laborales o estudiantiles él 17.5%, enfermedad del niño con 7.5% y voluntariedad de la madre con el mismo porcentaje de 7.5%. **Conclusiones:** Se presentó una alta incidencia de abandono de la LME, identificando varios factores del entorno relacionados al abandono que permitirán determinar las posibles intervenciones.

Palabras Clave: Lactancia Materna, Factores del Entorno, Abandono de la Lactancia, Centro de Salud.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding (LM) is one of the factors that contributes most to the health and nutrition of children, there are numerous benefits for both the infant and the mother; Especially if it is offered exclusively until the sixth month.

Objective: To analyze the factors of the environment related to the abandonment of Exclusive Breastfeeding (LME), in the Health Center of Mixquiahuala Hidalgo.

Methodology: A quantitative, application level, descriptive, non - experimental cross - sectional study was conducted. The population consisted of all mothers of children aged between 6 and 24 months, who attended the control of growth and development during the months of August, September and October 2016, the sample was 40 mothers.

Results: Of the 100% of the mothers, 50% are within the age group of 26 to 35 years, 52.5% are primiparous, 70% are born via cesarean section, the percentage of abandonment of the LME is 75% As the main reason for abandonment we have a lack of milk with 40%, not filled is hungry 17.5%, start of work or student activities 17.5%, child's illness with 7.5% and mother's voluntariness with the same percentage of 7.5%. **Conclusions:** There was a high incidence of LME abandonment, identifying several environmental factors related to the abandonment that will allow the identification of possible interventions.

Key words: Breastfeeding, environmental factors, abandonment of breastfeeding, health center.

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna (LM) es una práctica de gran importancia dentro de la nutrición de un niño, ya que influye desde sus primeras etapas de la vida hasta la edad adulta; convirtiéndose así en una vía para mejorar la salud de la población. La leche materna es un alimento completo durante los primeros seis meses de vida, seguido de un periodo de ablactación, que es la introducción de alimentos sólidos, convirtiéndose así en una Lactancia Materna Complementaria (LMC) (Plascencia, Villalobos & Márquez, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), adoptaron como alimentación infantil óptima la recomendación de que la LM sea exclusiva los primeros 6 meses de vida y complementaria con alimentos hasta los 2 años de edad o más (OMS, 2001).

Existen evidencias sobre las ventajas de salud en los lactantes alimentados al seno materno durante sus primeros meses de vida, por ejemplo, una menor morbilidad y mortalidad infantil, ya que proporciona todos los nutrientes en cantidades óptimas, para un adecuado desarrollo físico; inmunidad para proteger al niño mientras su sistema logra funciones plenas y un efecto antimicrobiano contra infecciones respiratorias y diarreicas (González, Escobar, González & Hernández, 2012).

La leche materna posee innumerables beneficios para el niño como para la madre, es un alimento irremplazable para el desarrollo de niños sanos, sin embargo, la introducción de fórmulas lácteas u otros alimentos antes de los 6 meses es una práctica común y a pesar de todas las ventajas conocidas, el abandono prematuro de Lactancia Materna Exclusiva (LME) es un grave problema de salud pública. Diversos estudios demuestran que ocurre con mayor frecuencia en mujeres que presentan problemas que dificultan tener una lactancia satisfactoria, como, por ejemplo; la baja producción láctea (hipogalactia), síndrome de confusión, pezones planos o invertidos, dolor al

amamantar, congestión mamaria, grietas en el pezón e inclusive mastitis o absceso mamario (Reyes & Martínez, 2015).

De tal manera que en México el porcentaje de LME bajo entre el 2006 y 2012, al pasar de 22.3 a 14.5%, como lo menciona la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ESANUT) (González et al. 2012).

Otros factores que favorecen el abandono prematuro es la edad, la ocupación materna y la influencia familiar. Como lo señala Isabel Crowley representante de la Unicef en el Tercer Foro Nacional para la Lactancia Materna 2015, “en México las mujeres que trabajan amamantan a sus hijos 4.9 meses en contraste con las que no laboran y lactan a sus hijos durante 9 meses”. P.36. Las mujeres independientemente de la modalidad y del sector en el que laboren deben de contar con las condiciones para poder llevar a cabo la lactancia (Aguilar, 2015).

La LME ha manifestado ser altamente beneficiosa para la salud infantil, de echo los estudios ha demostrado que la composición nutricional de la leche materna de una madre se adapta de acuerdo las necesidades individuales de su hijo (Tinoco & Caswell, 2013). Por eso es importante que los niños no consuman ningún otro alimento o agua durante ese periodo, ya que esto puede interferir con este mecanismo de protección natural.

Conocer estos factores resulta útil para identificar y analizar las estrategias e intervenciones necesarias para fortalecer la práctica de la lactancia en mujeres mixquiahualenses e incrementar las estadísticas de prevalencia para el estado de Hidalgo (SSA, 2014).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con los resultados de la ESANUT (González et al. 2012), en nuestro país las niñas y los niños enfrentan mayores problemas de morbilidad en lo relativo a la severidad e incidencia de las enfermedades infecciosas, las enfermedades diarreicas, la otitis, las infecciones respiratorias, el asma, la dermatitis, la obesidad en etapas de mayor edad, así como anemia y hasta leucemia en los casos más severos, debido a la ingesta inadecuada o al abandono de la LME.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (Como se cita en el artículo Fuentes, 2014), menciona que en los últimos 10 años fallecieron, poco más de 30 mil niñas y niños antes de cumplir el primer año de vida. Las causas son múltiples desde las malformaciones congénitas hasta la presencia de males en exceso evitables como lo son enfermedades diarreicas y respiratorias, así los denomina la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Además, una causa importante es la drástica y peligrosa reducción de la práctica de la LME.

En México la leche materna ya no es el alimento exclusivo en los primeros 6 meses de vida de un niño; entre el 2006 y 2012 el índice de LME registro a nivel nacional una caída de 7.9 puntos porcentuales, al pasar de 22.3% a 14.5% principalmente por la introducción de fórmulas lácteas y el consumo de agua (González et al. 2012).

Los datos de ESANUT (2012) señalan que Hidalgo tiene ventajas relevantes en LME, en comparación con algunos indicadores nacionales, por ejemplo, el inicio temprano de este proceso es del 44% frente al promedio nacional que es del 38.3 %; así como en lactancia adecuada durante el primer año de vida, la cual es del 41.8% en comparación con el promedio del país de 29.4%.

En el informe de Avances 10 por la infancia Hidalgo, se dio a conocer que en el año 2015 la prevalencia de la LME fue de 22%, frente al 25% que quedó establecido como meta para el año 2016. (UNICEF, 2016)

Es cierto que en muchos casos existen determinantes sociales que impiden el cumplimiento de una LME; sin embargo, existen factores que también forman parte de la cultura y la educación de las personas que contribuyen a potenciar el abandono (SSA, 2014).

La LM es un acto natural, un comportamiento aprendido; prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de la información adecuada y oportuna, así como del apoyo de sus familias, comunidades y del sistema de salud (SSA, 2014).

Lo anterior sustentado en la Teoría de Adopción del Rol Materno de Ramona Mercer, quien propone la necesidad de que el personal de salud tenga en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos que favorecerán la vinculación madre e hijo (Alvarado L., Guarín L. & Cañón-Montañez W., 2011).

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores del entorno relacionados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres que asisten al Centro de Salud de Mixquiahuala Hidalgo?

JUSTIFICACIÓN

La LM ha constituido a través de los siglos el alimento fundamental e idóneo, para el crecimiento y el desarrollo del niño sano, se trata del primer alimento que aporta la energía, los nutrientes y la inmunidad que necesita en sus primeros meses de vida (SSA, 2014).

En el año 2000, la OMS y la UNICEF celebra una Asamblea Consultiva en Ginebra; para analizar y formular una Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño, dicha estrategia fue desarrollada con el propósito de revitalizar la atención mundial hacia el impacto que tienen las prácticas de alimentación en el estado nutricional, crecimiento, desarrollo, salud y sobrevivencia de los lactantes y niños pequeños (OMS, 2003).

De acuerdo con la UNICEF, las tasas de LM no disminuyeron a nivel mundial y muchos países han experimentado un aumento significativo en la última década, pero solo el 38 por ciento de los niños menores de seis meses de edad en el mundo reciben leche materna exclusivamente y el 39% de los niños de 20 a 23 meses de edad se benefician de la práctica de la LM (UNICEF, 2008).

La UNICEF (2014), Todos los Niños y Niñas Cuentan, revelo que nuestro país tiene el segundo porcentaje más bajo de LME con un 19 %, comparado con el promedio de todas las naciones, se ubica por debajo de la media internacional; México es el segundo país del mundo donde cada vez son menos las mujeres que alimentan a sus recién nacidos con su propia leche.

En el Diario Oficial de la Federación (2010), se publicó el acuerdo por el que se establecen las directrices para fortalecer la política pública de la LM, a fin de fomentar que todos los niños y niñas mexicanos puedan beneficiarse con prácticas óptimas en la materia, logrando los mayores niveles posibles de LME en los primeros 6 meses, impulsando el cumplimiento de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.

La Semana Mundial de la Lactancia Materna se celebra, desde 1992, entre el 1º y el 7 de agosto de cada año. Es una estrategia de movilización social que propone difundir los beneficios de la LM en todos los niveles (OMS,2011).

Asimismo existen Normas Oficiales Mexicanas que también se adecuan a la normatividad internacional como el proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, la cual contiene disposiciones donde se ordena el alojamiento conjunto cuando sea posible, la promoción de la LME y la LM, la vigilancia en la prescripción de medicamentos a las madres que se encuentra en periodo de lactancia, la obligación de comenzar la lactancia los primeros 30 minutos.

En el análisis de la situación de los derechos de niñas, niños y adolescentes, realizado por la UNICEF (2012), Hidalgo se encuentra por encima de la media nacional en LM. Cifras del estudio dan cuenta que el inicio temprano de lactancia es de 44 por ciento mientras que el promedio nacional es de 38.3, además la lactancia adecuada durante el primer año de vida es de 41.8 por ciento, mientras que en el país es de 29.4 por ciento. Las tasas de LM en Hidalgo no disminuyeron, experimentaron un aumento significativo en los últimos años, aun así, solo el 40 por ciento de los niños menores de un año de edad se benefician de la práctica de la LM.

La OMS (2015) revela que el 97 por ciento de las mujeres en edad fértil pueden dar de lactar hasta los dos años, pero la realidad es diferente; pues existe un sin número de factores que pueden impedir una lactancia exitosa, entre los más predominantes se encuentran algunos factores maternos como la hipogalactia, los problemas en el pezón, la falta de tiempo para lactar o los factores del niño como condiciones anatómicas que imposibiliten la succión o problemas de salud que pueden condicionar el abandono de la misma.

El abandono de la LM genera un grave problema de salud infantil, si consideramos que los lactantes alimentados con leche de formula presentan mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. La superioridad de la leche materna

sobre cualquier otro alimento está más que demostrada en numerosos estudios que la señalan como el alimento ideal para la nutrición y desarrollo del lactante durante sus primeros meses de vida (Aguilar, 2015).

La presente investigación tiene la finalidad de reconocer qué factores del entorno influyen en el proceso interactivo y de desarrollo, entre la madre y su hijo; y que evitan la creación del Rol Maternal, favoreciendo con esto el abandono de la LME (Alvarado et al, 2011).

El personal de salud tiene estrecho contacto con las madres, por tal razón es esencial el conocimiento suficiente que les permita orientar y asesorar sobre la manera de resolver las dificultades que con mayor frecuencia se pueden presentar durante la lactancia; cabe resaltar que el personal de enfermería son las encargadas de promover la salud en las familias y en los niños por tal razón es necesario desarrollar estrategias que logren más historias de éxito y mejores índices de LME(Alvarado et al, 2011).

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar los factores del entorno, relacionados con el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva, en el Centro de Salud de Mixquiahuala Hidalgo.

Objetivos Específicos

Reconocer el porcentaje de abandono de la Lactancia Materna Exclusiva.

identificar los factores del microsistema; características maternas que afectan la Adopción del Rol Materno.

Describir los factores del macrosistema que influyen en la Lactancia Materna Exclusiva.

Hipótesis

Hi

Existen factores del entorno que predisponen al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva.

Ho

Existen factores del entorno que no predisponen al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva.

CAPITULO 1

MARCO TEORICO

El avance de la enfermería como una disciplina ha sido innegable, se ha promovido el interés por el desarrollo del conocimiento y la investigación; como consecuencia se han desarrollado modelos conceptuales y teorías de enfermería que define la disciplina y explican su razón de ser, sus principios científicos y filosóficos, y sus valores (Moreno, 2005).

Para Cisneros (2005), la teoría son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierte en un elemento indispensable para la práctica profesional ya que facilita la forma de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

La teoría de enfermería en donde se fundamenta la siguiente investigación es la Adopción del Papel Maternal de Ramona Mercer.

1.1 Teoría Adopción del Papel Maternal de Ramona Mercer

Ramona Mercer realiza su enfoque en la maternidad, considera la adopción del rol maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada con su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo (Cisneros, 2005).

Para Marriner & Alligood (2011), Mercer centra su teoría en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo, se vincula a su hijo adquiere competencia y logra experimentar una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.

El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema (Alvarado et al, 2011).

Define al microsistema como el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El microsistema es la parte que más afecta la adopción de este rol, ya que este se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño (Marriner & Alligood, 2011).

Dentro del microsistema también incluimos a las características maternas (sensibilidad a las señales, actitudes respecto a la crianza y el estado de salud), características del hijo (temperamento y salud), rol materno (competencia en el rol) y resultado en el niño (salud) (Ortiz, Cárdenas & Flores, 2015).

El mesosistema incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema, estas interacciones influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño, incluye el cuidado diario, la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad (Marriner & Alligood, 2011).

El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno del cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol (Alvarado et al, 2011).

Para Alvarado (2011), existen 4 estadios para la adquisición del rol Maternal que son:

- **Anticipación:** empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.

- Formal: empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas del rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- Informal: comienza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol, no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.
- Personal o de identidad: se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal.

Metaparadigmas (Cisneros, 2005).

Persona: Se refiere al “sí mismo”. A través de la individualización maternal una mujer puede alcanzar de nuevo su propia condición de persona.

Salud: Lo define como la percepción por parte del padre y de la madre de su salud anterior, actual y futura. La resistencia-susceptibilidad a la enfermedad. El estado de salud del recién nacido es el grado de enfermedad presente, y el estado de salud del niño según y las creencias de los padres y la salud global.

Entorno: Expone que hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más que intervienen en el desarrollo.

Enfermería: Se refiere a ella como una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta. Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad.

1.2 Lactancia Materna

La leche materna es el alimento ideal para los recién nacidos y los lactantes, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano. Es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los lactantes de enfermedades frecuentes (OMS, 2015). Los beneficios de la LM abarcan diferentes ámbitos en la vida del niño: psicológicos, nutricionales, a la salud, cognitivos, todos cruciales para asegurar la supervivencia y desarrollo del niño y el bienestar de la madre.

Para la UNICEF (2012) la Lactancia Materna es una forma sin paragón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes, también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Amamantar es mucho más que brindar alimento, es proporcionar amor, seguridad, placer y compañía.

1.2.1 Lactancia Materna Exclusiva

La Lactancia Materna Exclusiva se refiere a no proporcionar al lactante ningún alimento ni bebida (ni agua) que no sea la leche materna. Se puede, no obstante, darles sales de rehidratación oral (VSO), gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) (SSA, 2014). Esta debe darse exclusivamente durante los primeros seis meses de vida del lactante, para que de esta forma se tenga un adecuado desarrollo y crecimiento.

De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría (AAP, 2012) se recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros seis meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complemente la alimentación hasta los dos años o más, mientras madre e hijo lo deseen.

Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS (2015) recomiendan:

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida.
- Practicar el amamantamiento exclusivo.

- Dar pecho cuando el niño lo reclame.
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

1.2.2 Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria

La glándula mamaria es una glándula sudorípara apocrina, muy especializada; tiene dos características diferenciales muy importantes, la capacidad de respuesta hormonal y la producción de leche (Ministerio de Salud, 2010). Embriológicamente se origina en la región ventral del embrión a cada lado de la línea media, donde existe un engrosamiento que va desde la axila a la ingle y se denomina cresta o línea mamaria.

Entre la quinta y séptima semana de gestación la región pectoral de este engrosamiento se hiperplasia formando el primordio mamario. Puede quedar vestigios de esta cresta mamaria primaria, lo que explica la existencia de pezones o mamas supernumerarias. Siendo este tejido poco desarrollado y aproximadamente en el 1% de las mujeres se hace evidente por primera vez durante la lactancia, como lo menciona el manual de CAALMA 2015 (Reyes & Martínez, 2015)

Las glándulas mamarias están localizadas en la pared anterior de la caja torácica, sus componentes básicos son el tejido glandular, tejido adiposo y tejido conectivo de soporte. Desde el tejido celular subcutáneo que rodea a la glándula, se dirigen numerosos tabiques de tejido conectivo hacia el interior, constituyendo los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper. En estudios de anatomía mamaria realizados en madres nodrizas con ultrasonido de alta resolución se encontraron aproximadamente 9-12 lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto galactóforo que llega a la punta del pezón como un pequeño agujero independiente (Ministerio de Salud, 2010).

Los lóbulos están constituidos por numerosos lobulillos y estos a su vez están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos. Cada acino está constituido por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los acinos como los

conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y capilares sanguíneos, de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche (Ministerio de Salud, 2010).

Mirando el pecho por fuera se ve la areola, un área oscura alrededor del pezón, para alimentarse bien el bebé necesita introducir una gran porción de la areola en su boca. En la areola existen las glándulas de Montgomery que proveen una sustancia aceitosa para mantener la piel sana, estas glándulas son la fuente de olor de la madre, que ayudara al bebé a encontrar el pecho y reconocerla (OMS & OPS, 2013).

En el interior del pecho, hay grasa y tejido de sostén que le da al pecho su tamaño y forma, nervios que transmiten mensajes desde el pecho al cerebro para disparar la liberación de las hormonas de la lactancia, pequeños sacos de células o alvéolos que producen leche, conductos que transportan la leche al pezón (OMS & OPS, 2013). El bebé necesita tener un buen acople para comprimir los conductos de leche que están bajo la areola, para remover la leche efectivamente. Rodeando cada alvéolo hay pequeños músculos (células mioepiteliales) que se contraen para exprimir la leche a los ductos. También existe una red vascular alrededor del alvéolo que llevan los nutrientes a las células productoras de leche.

1.2.3 Formación de la Leche Humana

Durante el embarazo, la glándula mamaria se prepara física y estructuralmente mediante la intervención de los estrógenos, la progesterona y la hormona lactogeno-placentaria para realizar los cambios necesarios para la lactancia, la prolactina aumenta durante el embarazo hasta alcanzar cifras cercanas a los 500 ng/ml, pero disminuye al 50% en la primera semana (Manotas, 2011).

Su acción no se manifiesta durante el embarazo porque los estrógenos placentarios ocupan los receptores de las células secretoras, lo que explica la escasa producción láctea en el posparto inmediato y que dura entre 72 y 96

horas. La succión del pezón estimula la producción de leche mediante la oxitocina, hormona encargada de producir la bajada de la leche (Manotas, 2011).

El funcionamiento de la mama, no depende solo de las estructuras anatómicas u hormonales propias de la madre, si no que requiere el vaciamiento activo de la mama por parte del lactante. La leche materna se produce en forma continua en los alvéolos. La regulación central de la formación de la leche materna depende de la acción de diversas hormonas propias de la madre: prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormona del crecimiento, insulina y suprarrenales. Siendo la prolactina y la oxitocina las más importantes (Reyes & Martínez, 2015).

Prolactina, es una hormona que hace que los alvéolos produzcan leche. Funciona después que el bebé ha mamado para hacer la leche de la próxima vez, la prolactina puede hacer sentir a la madre relajada y con sueño, es alta en las primeras dos horas después del nacimiento y durante la noche; de esta manera las mamadas nocturnas estimulan mayor secreción de prolactina (OMS, 2013).

Oxitocina, causa la contracción de las fibras musculares alrededor de los alvéolos para contraerlos y hacer que la leche fluya por los conductos, esto es esencial para permitir que el bebé obtenga leche; este proceso se llama reflejo de oxitocina o reflejo de eyección de leche o bajada de leche, puede suceder varias veces durante la mamada, el reflejo puede sentirse de diferente manera, o ser menos notorio con el tiempo (Reyes & Martínez, 2015).

En los primeros días que nace el bebé, la madre puede experimentar ciertos signos del reflejo de la oxitocina, como contracciones uterinas dolorosas (entuetos), algunas veces con una precipitación de sangre, sed repentina, eyección de leche del pecho, o goteo de leche del pecho que no está amamantado, sensación de apretón en el pecho o no siente sensación alguna (OMS, 2013).

Galactogénesis o producción celular de la leche, 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. La leche que se encuentra en los alvéolos mamarios no fluye espontáneamente hacia a los conductos por lo tanto no se encuentra disponible para el niño, para que la leche fluya desde los alvéolos es necesario que estos sean exprimidos por las fibras mioepiteliales que los rodea, la contracción de estas fibras es producida por la oxitocina, liberada por la hipófisis posterior (Ministerio de Salud, 2010).

1.2.4 Composición de la Leche

La leche humana es la fuente ideal de nutrimentos y energía, que llena todo el requerimiento que necesita el recién nacido y el lactante, garantizando de esta manera su crecimiento y desarrollo óptimo a la vez que ofrece todos los elementos esenciales para el buen funcionamiento de su sistema inmunológico (OMS, 2015). Es un fluido biológico muy completo y específico, que contiene carbohidratos, lípidos, proteínas, incluidas inmunoglobulinas, calcio, fosforo, vitaminas, elementos traza, factores de crecimiento y otras sustancias que hacen de la leche humana el alimento perfecto para el niño.

La leche varía a lo largo de la misma toma, al principio de la tetada es más aguada para calmar la sed del niño y preparar su estómago, a medida que va saliendo aumenta la cantidad de grasas, de manera que al final de la toma proporciona mayor aporte de calorías y sensación de saciedad (Consejería de Salud, 2010).

Variabilidad

La leche materna tiene variaciones siendo la más importante, la relacionada con la edad gestacional. Además de variar el aporte de grasa aumentando hacia el final de la tetada y por las tardes, disminuyendo en madres desnutridas a partir del tercer mes (Reyes & Martínez, 2015). De hecho, los estudios han demostrado que la composición nutricional de la leche materna de una madre se adapta de acuerdo a las necesidades individuales de su hijo en

ese momento particular de desarrollo, por eso es importante que los niños no consuman ningún otro alimento o agua durante los primeros 6 meses de vida, ya que esto puede interferir en el mecanismo de protección natural.

La leche materna por sus características de composición se clasifica en: calostro, leche de transición y leche madura.

Calostro: sustancia altamente nutritiva con anticuerpos vitales que fortalecen el sistema inmune de un bebé, diseñado específicamente para protegerlo durante esta etapa crítica, su efecto protector es tan fuerte que se considera la primera vacuna y a menudo hace la diferencia entre la vida y la muerte. El calostro es el estimulante natural del sistema inmunológico más potente conocido por la ciencia y debería ser consumido por los bebés lo más pronto posible después del nacimiento (Save the Children, 2013).

El calostro está presente desde el último trimestre del embarazo y al nacer el bebé tiene un alto aporte de proteínas, destacando en el primer día de vida los 11 gr de IgA. Es rico en vitaminas liposolubles, lactoferrina, factores de crecimiento, bifidobacterias, sodio y zinc. Por su concentración de prostaglandinas y motilina presenta un efecto laxante, que acelera la explosión del meconio al nacimiento (Reyes & Martínez, 2015).

En estos primeros días se produce un volumen de 2 a 20 ml por toma, suficientes para satisfacer las necesidades del recién nacido y el pH del calostro es aproximadamente 7.45 lo que favorece el vaciamiento gástrico (SSA, 2014).

Leche de transición: es la leche que se produce entre el 4° y el 15° día postparto; entre el 4° y el 6° día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar, aproximadamente de 600 a 700 ml/día, entre los 15 a 30 días postparto. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura (Ministerio de Salud, 2010).

Leche madura: el volumen promedio de una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los primeros 6 meses y aproximadamente de 500 ml/día en el segundo

trimestre. Aporta 75 kcal. /100ml. Los principales componentes son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contienen elementos traza, enzimas y hormonas (Ministerio de Salud, 2010). Estas sustancias se distribuyen en compartimentos separables según el tamaño de sus partículas:

- Fase acuosa, es una solución verdadera, que constituye el 87% de la leche. Contiene las proteínas del suero, lactosa, nitrógeno no proteico, vitaminas hidrosolubles, electrolitos y parte de los compuestos de calcio y magnesio.
- Dispersión coloidal, caseína, calcio y fosfato.
- Emulsión, constituido por los triglicéridos y esterios de colesterol.
- Membranas de glóbulos de grasa, proteínas, fosfolípidos, enzimas, minerales traza y vitaminas liposolubles.
- Células, macrófagos, neutrófilos, linfocitos y células epiteliales.
- Agua, se considera un importante elemento nutritivo para el lactante, la leche materna contiene 88% de agua, su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener el perfecto equilibrio electrolítico.
- Proteínas, la leche humana está compuesta de 40% de caseína y 60% de proteínas del suero.

Volumen

El volumen es suficiente desde el primer día y al tercer día aumenta en un 800%. Cabe destacar que el bebé consume el 67% del total de la leche producida, siendo el crematocrito un excelente indicador de volumen. El aporte de grasa es menos en los primeros 10 minutos de la succión del bebé y aumenta en forma importante a partir de ese momento (Reyes & Martínez, 2015). El 87% de la leche humana es agua, sin que requieran los bebés líquidos extras aun en climas calurosos

El buen vaciamiento de las mamas interviene en una mejor producción y más volumen en cada toma. La Asociación Española de Pediatría aconseja entre

105 130 kcal/kg/día, se calcula un contenido calórico promedio de .69 kcal/ml y de .62 a .64 kcal/ml entre el segundo y cuarto mes (Ministerio de Sanidad, 2017).

Proteínas

Existen dos grupos de proteínas, caseína y proteínas del suero. La caseína de la leche humana está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. Las proteínas de suero son, entre otras: alfa-lactoalbumina, lactoferrina, seroalbumina, beta-lactoglobulina, inmunoglobulina, glicoproteínas, lisozima, enzimas, moduladores de crecimiento y hormonas. Predominan las proteínas del suero en los primeros 10 días y aun hasta los 8 meses. Que ayudan en la destrucción de bacterias, virus y hongos (Ministerio de Salud, 2010).

El aporte de las proteínas en cuanto a la leche materna es de 1.1 gr/100ml en comparación con las formulas infantiles que es de 1.8-2.2 gr/100ml; otro aspecto son la caseína transportadora de calcio, fosforo, y aminoácidos para fines estructurales a nivel celular, ya que la leche materna presenta beta kappa caseína que tiene de diámetro 3075 nm en comparación de la alfa caseína de la leche de vaca con un diámetro de 600 nm que influye en el vaciamiento gástrico, que es de 3 horas en los niños alimentados con formula comparado con una hora y media de los amamantados (Reyes & Martínez, 2015).

Grasas

Las grasas son el nutrimento más variable, contienen lipasa estimulada por sales biliares que favorecen su mejor absorción, destaca un aporte óptimo de los ácidos grasos esenciales omega 3 (ácido alfa linolénico) y w 6 (ácido linoleico), junto con los ácidos grasos de cadena larga: ácido docoxahexanoíco y ararquidónico, que participa en el neurodesarrollo, desarrollo visual y los w6 como precursores de leucotrienos y prostaglandinas. (Ministerio de Sanidad, 2017). El óptimo aporte de colesterol favorece la diferenciación, proliferación y adipocitos en la vida futura, así como un menor riesgo de enfermedad cardiovascular en la edad adulta.

Minerales

El aporte de calcio y fósforo es óptimo tiene una relación de 1.2 a 2, se observan en un 75% del calcio comparado con el 20% de leche de vaca esto es fundamental en el desarrollo del tejido óseo en la infancia. El aporte de hierro se considera óptimo en el recién nacido, ya que la absorción del 49% comparada con solo el 4% de los alimentados con formula y del 10% en alimentados con la leche entera de vaca (Reyes & Martínez, 2015).

Vitaminas

El aporte de vitaminas es óptimo en la leche materna excepto: vitamina K y vitamina D. Por ello es indispensable la aplicación de una dosis de 1 mg al nacimiento. Para la vitamina D se recomienda el aporte de 400 UI diarias, cinco días a la semana mientras reciban solo leche materna (Reyes & Martínez, 2015).

Hormonas

La leche materna también brinda un perfil hormonal muy completo destacando, la oxitocina, prolactina, leptina, grelina, adiponectina, insulina, cortisol, prostaglandinas, hormona estimulante de tiroides y tiroxina (Reyes & Martínez, 2015). En los primeros meses de vida las altas concentraciones de insulina, leptina, IL 6 y TNF α en leche materna se asocia con menores índices en la vida futura de: índice de masa corporal, masa magra, masa grasa y ganancia de peso.

Técnica de la Lactancia

La mayoría de los problemas en la lactancia, se debe a una mala técnica o bien por una posición inadecuada, un agarre no correcto o una combinación de ambos. Un buen agarre: 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 bebe (SSA, 2014).

Para un buen agarre es importante que todo el cuerpo del bebe este enfrentado a la madre y que al abrir la boca introduzca gran parte de la areola, especialmente por la parte inferior (donde tiene la barbilla) para que al mover activamente la lengua no lesione el pezón. Los signos que nos indicaran un buen

agarre son, que el mentón del bebe toca el pecho, que la boca está abierta, el labio inferior esta hacia afuera y las mejillas esta redondas y aplanadas cuando succiona. Si el niño está bien agarrado, la lactancia no duele. El dolor es un signo que, en la mayoría de los casos, indica un agarre y postura incorrecta. (Reyes & Martínez, 2015).

Posturas para amamantar (SSA, 2014):

No existe una única posición adecuada para amamantar, lo importante es la madre se encuentre cómoda, que el agarre sea adecuado y que el niño este enfrentado y pegado al cuerpo de la madre.

- Posición de crianza biológica, está basada en el estudio de reflejos maternos y neonatales. La madre se colocará recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el niño boca abajo, en estrecho contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta posición se puede realizar en cualquier momento, pero es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando existe algún problema de agarre (dolor, grietas y rechazo al pecho).
- Posición sentada, se debe colocar al niño 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 el pecho hacia la boca del niño y en el momento en que esta 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 niño.
- Posición acostada, la madre se sitúa acostada de lado, con la cabeza ligeramente elevada (sobre una almohada) con el niño también de lado, acostado sobre la cama, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. Es una posición muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días, aunque suele ser muy incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica.
- Posición invertida o balón de rugby, se sitúa al niño por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza al nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es una posición muy cómoda para amamantar a

gemelos y prematuros. Es importante dar sujeción a los hombros del niño, pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello estirado para atrás, lo que permite agarrar mejor el pecho y succionar más cómodamente.

- Posición de caballito, estando la madre sentada, el niño se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre y con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno, esta posición puede ayudar en caso de grietas y en niños con reflujo gastroesofágico importante, prematuros, con labio leporino o fisura palatina, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo a la vez que se sujeta la barbilla del niño.

1.2.5 Beneficios de la Lactancia Materna

De acuerdo con el 1er Foro de la Lactancia Materna 2013, denominado La buena Nutrición comienza con la lactancia, los beneficios de la lactancia materna para el niño amamantado son múltiples, pero la madre también se beneficia al amamantar, más aún la familia de esos niños y los sistemas de salud.

Los beneficios de la lactancia materna en la salud del niño se reflejan en reducciones de severidad e incidencia de enfermedades diarreicas, infecciones de vías respiratorias superiores e incidencia de otitis aguda media, infecciones severas del tracto respiratorio inferior como la neumonía y de gastroenteritis no específicas. Así como también, la incidencia de enterocolitis necrosante y la muerte súbita son menores. Otro tipo de enfermedades, las crónicas, las alergias dermatitis atópica, obesidad, diabetes tipo I y II y leucemia son menos frecuentes.

El niño amantado además tendrá un coeficiente intelectual mayor que el alimentado con fórmula láctea; cualquiera que sea (González et al. 2012).

De acuerdo con la Dra. González, en México se presentan entre 1.1 y 3.8 millones de casos de las enfermedades infecciosas más comunes, y entre 933 a 5,796 muertes al año a consecuencia de las prácticas inadecuadas de lactancia. Como lo menciona en el 2do. Foro de la Lactancia Materna 2014, “la leche

materna tiene una serie de sustancias desde nutrimentos que necesitan los niños en cantidad, composición y digestibilidad perfecta, entonados delicadamente conforme el niño va creciendo. Pero también contiene componentes inmunológicos muy impresionantes que protegen a los niños de enfermedades, tiene sustancias solubles y células, linfocitos B, linfocitos E, neutrófilos, macrófagos y además tiene una serie de hormonas, algunas de las cuales favorecen el desarrollo del sistema digestivo y funcionan como bacteriostáticas”.

La leche materna protege al niño contra las enfermedades, los niños lactados se enferman, pero se enferman menos y la letalidad de varias de estas enfermedades es menor; además la madre también se beneficia, está más que documentado que protege contra el cáncer de mama y el cáncer de ovario si se lacta por más de un año (SSA, 2014).

Los humanos nacemos en forma prematura, muchos de nuestros órganos y funciones completan su actividad y desarrollo en diferentes tiempos después del nacimiento. El sistema inmunológico tarda de 4 a 5 años en completar su maduración, la compensación que la naturaleza ha dado a esta diferencia es la leche humana ya que es capaz de proteger al niño mientras logra sus funciones inmunológicas plenas (Reyes & Martínez, 2015).

Este mecanismo de protección inmunológica esta dado porque a través del ciclo entero mamario los antígenos ingeridos por la madre, son capturados en el intestino por las células M, quienes los transportan a las placas de Peyer donde los macrófagos los presentan a los linfocitos T; estos estimulan a los linfocitos B, que se clonan y migran a ganglios mesentéricos, los linfocitos B viajan a través del conducto torácicos y llegan a las mamas y en donde en forma de monómeros y dímeros se transforman en células plasmáticas que producen IgAs, que proporcionaran protección contra microbios y proteínas alimentarias que la madre tienen en el intestino. Por ello sus patógenos no causaran problemas al lactante (Ministerio de Salud, 2010).

La lactoferrina cuya concentración es muy elevada (1-4 g/l) en la leche madura, es relativamente resistente a la degradación enzimática. Actúa sinérgicamente con la IgAs, ambas son importantes para la defensa y nutrición del bebe, es bactericida, inmunoestimulante y antiinflamatoria, suprime la producción de muchas citocinas inflamatorias como IL-beta, IL-6, TNF-alfa, IL-8. Además de ser el mejor alimento para todo niño, la leche materna también ofrece grandes beneficios para la salud física y emocional de la madre (Reyes & Martínez, 2015):

- Después del parto, favorece la contracción del útero y ayuda a terminar de expulsar la placenta.
- Promueve la producción de leche y evita la congestión de senos.
- Ayuda a la madre a recuperar el peso que tenía antes del embarazo.
- Reduce el riesgo de depresión post-parto.
- Reduce el riesgo de anemia.
- Previene el cáncer de mama y de ovario y reduce el riesgo de osteoporosis después de la menopausia.
- Genera un vínculo afectivo inigualable con su hijo, una unión que permanece toda la vida.

1.2.6 Extracción y Conservación de la Leche Humana

Existen situaciones en la que la madre no puede alimentar directamente de su pecho a su bebé, por tal razón es necesario ofrecer la posibilidad de continuar con la alimentación a base de la leche humana, orientando a las mujeres sobre la técnica de extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna. Para la extracción de leche, esta puede realizarse de forma manual o a través de bombas de tipo manual o eléctrica (SSA, 2014).

En la técnica manual, se realiza la extracción estimulando la expulsión o eyección de la leche de los lóbulos y conductos por medio de un masaje rítmico y suave que la madre pueda regular, de manera que no le cause daño o dolor alguno (Ministerio de Salud, 2010).

Esta extracción, puede parecer laboriosa al principio, pero a muchas mujeres les resulta más agradable y natural. Es muy aconsejable para aliviar la congestión mamaria y para extraer el calostro.

Técnica de Marmet (SSA, 2014).

Previo a la extracción:

- 1.- Lavar las manos, verificar utensilios limpios y esterilizados.
- 2.- Estimular masajeando los pechos durante unos minutos.
- 3.- Colocar el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una C a unos 3 o 4 centímetros por detrás del pezón.
- 4.- Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas). Para pechos grandes o caídos, es mejor primero levantarlos y después empujar con los dedos hacia atrás.
- 5.- Rodar los dedos hacia el pezón, rodar no deslizar.
- 6.- Repetir rítmicamente para vaciar el pecho, colocar los dedos, empujar hacia adentro, rodar....
- 7.- Girar la posición de los dedos sobre el pecho, para vaciar otras zonas del mismo. Puede utilizarse ambas manos en cada pecho.
- 8.- Continuar la extracción hasta que el flujo de la leche sea más lento.
- 9.- Repetir todo el proceso. Provocar el reflejo de salida y exprimir en ambos pechos, una o dos veces más.
- 10.- Evitar estiramientos y presión excesiva en el pecho o pezón.

Todo el procedimiento debe llevar de 20 a 30 minutos, cuando la extracción manual reemplaza una toma y la frecuencia ideal es cada 4 horas.

Indicaciones para la Conservación de la Leche Humana (Consejo de Salubridad General, 2012).

1.- Lavado de manos, realizar lavado de manos con agua y jabón antes de iniciar la extracción manual de leche.

2.- Temperatura y Tiempo

- La leche fresca es mejor que la leche congelada, la leche fresca (recién extraída) puede permanecer a temperatura ambiente entre 27°C a 29°C, el límite razonable son 3-4 horas.
- Conservar la leche fresca a 4°C durante 72 horas, para el niño sano, en el medio hospitalario hasta 48 horas.
- La leche fresca se puede congelar a temperaturas entre -4 a -20°C hasta por 6 meses, se debe tener la precaución de dejar espacio en el congelador para la expansión de la leche por congelamiento.
- La leche debe almacenarse en el fondo del refrigerador o congelador para evitar el calentamiento intermitente debido a la apertura de la puerta. Todos los contenedores de leches deberán estar bien cerrados para evitar la contaminación.
- Guardar con etiqueta de datos de identificación y fecha, en volúmenes pequeños (similar al volumen de la toma del niño) para evitar desperdiciar el remanente.
- No agregar leche fresca o tibia a un contenedor de leche ya congelada para evitar el calentamiento intermitente.
- Una vez descongelada deberá utilizarse inmediatamente y no debe volver a congelarse.
- La leche que tuvo contacto con la boca del bebé, debe desecharse 1-2 horas después de su toma.
- Si una madre tiene dolor en el pecho o pezón con sospecha de infección bacteriana o por levadura, no hay evidencia de que la leche extraída se deba desechar, a menos que la leche presente cambios de consistencia o coloración, o contenga pus.

- Descongelar la leche humana en el refrigerador durante la noche, o poner el biberón bajo el chorro de agua tibia o dentro de un contenedor de agua tibia (a baño maría). No utilizar microondas.

1.2.7 Recomendaciones para la Promoción de la Lactancia Materna

La alimentación al pecho materno es, frente a otras alternativas, la que ofrece al lactante un óptimo inicio en la vida, un desarrollo psicofísico más adecuado y la mejor protección frente a problemas de salud infantil y materna. Los primeros cinco años de vida son decisivos, constituyen los cimientos de la futura salud del niño. Según la OMS (2015), cada año se salvaría la vida de 1,3 millones de niños menores de 12 meses si se alimentaran exclusivamente de leche materna, ya que es una excelente fuente nutritiva que aporta al bebe defensas y anticuerpos.

Los 10 pasos para una lactancia materna exitosa se presentaron al mundo en 1989, a través de la declaración conjunta de la OMS/UNICEF, para proteger, fomentar y apoyar la LME como papel especial de los servicios de salud, para asegurar que los bebés recién nacidos puedan gozar de su derecho a ser amamantados desde el primer minuto de su nacimiento. La Declaración de Innocenti de 1990, hizo un llamado para que todos los países tuvieran como meta cumplir enteramente los 10 pasos (OMS, 2015).

10 acciones para la Lactancia Materna Exitosa

- 1.-Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
- 2.-Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- 3.-Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
- 4.-Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.

5.-Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.

6.-No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.

7.-Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.

8.-Fomentar la lactancia materna a libre demanda.

9.-No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.

10.-Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

La OMS (2015) cuenta con tres recomendaciones generales en materia de LM; estas son:

- Seis meses de LME para niñas y niños recién nacidos.
- LM continua durante dos años o más, si así lo desea la madre y el niño.
- Alimentación complementaria oportuna, con alimentos adecuados, seguros y apropiados a partir de los 6 meses y continuando con leche materna.

1.3 Factores del Entorno que se relacionan con el abandono de la LME

Para la UNICEF, los niños que no reciben leche materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida tienen 15 veces más probabilidades de morir por neumonía y 11 veces más probabilidades de fallecer por diarrea (Save the Children, 2013). Una de las propiedades vitales de la leche materna es la protección que puede dar a los niños ante la neumonía y la diarrea; las dos principales causas de muerte infantil.

Según los datos de la Secretaría de Salud (2016), de los 44.33 millones de casos de enfermedad registrados por el Sector Salud, 3.025 millones corresponden a menores de un año. De acuerdo con la información oficial, los padecimientos que en mayor medida afectan a los bebés son los asociados, entre

otros factores, a la ausencia de la práctica de la lactancia materna o en su defecto al abandono de la lactancia materna exclusiva (Fuentes, 2014).

1.3.1 Factores del Microsistema

Características Maternas

La sensibilidad a las señales es la capacidad materna para reconocer y responder ante la emisión de mensajes del hijo, modificando su conducta y utilizando fuerza, tiempo, ritmo y duración para establecer el tono de la interacción. Estos mensajes se centran principalmente en dos aspectos importantes, la percepción materna de señales de hambre y saciedad del infante y percepción parental del peso del hijo (Ortiz, Cárdenas & Flores, 2015). Las madres son más propensas a identificar las señales de hambre en comparación con las señales de saciedad, lo que genera cambios importantes en la alimentación del niño.

Pezón plano o invertido

Este problema puede ser fácilmente identificado en el control prenatal, los pezones invertidos se retraen hacia adentro en lugar de protruir cuando la areola se aplasta. Por otra parte, los pezones planos no se retraen ni protruyen al presionarlos, simplemente permanecen planos. En este caso se recomiendan suaves masajes de elongación y el uso de tensadores del pezón; esto antes de las 20 semanas de gestación, cuando no hay receptores de oxitócica en el útero, ya que posteriormente el estímulo del pezón puede producir actividad uterina y parto prematuro (Reyes & Martínez, 2015).

Las maniobras de Hoffman (OPS,1993), son ejercicios indicados para pezones planos o invertidos, y son las siguientes:

- Colocando un dedo a cada lado del pezón, se estira la areola hacia afuera, se rota en sucesivos movimientos hasta cubrir 360°.
- Se lubrica el dedo índice y pulgar con una gota de calostro, aceite o crema, se sujeta la base del pezón y se rotan los dedos como dando cuerda a un reloj.

- El masaje se completa estirando el pezón y traccionando hacia afuera.

Si la mujer tiene pezones planos que no fueron corregidos durante el embarazo, como puérpera requerirá de especial atención por parte del equipo de salud, es ideal en estos casos que el recién nacido haga su primera mamada en la sala de parto, cuando el pezón y la areola se han protruido gracias al efecto de la oxitocina y aprovechar las primeras 24 a 48 horas de la etapa de calostro, en las que las mamas están blandas y el pezón-areola tiene forma cónica, de esta forma el niño aprende a introducir el pezón correctamente dentro de su boca (Ministerio de Salud, 2010).

La preparación de las mamas y de los pezones se debe realizar sobre todo en mujeres que en embarazos previos tuvieron problemas de grietas o pezones dolorosos y en el primer embarazo por lo que se propone evitar una excesiva limpieza con jabones, lanolina, cremas; es suficiente el baño diario, evitar utilizar alcohol u otras sustancias sobre los senos, permitir actuar a los lubricantes naturales, asolear y mantener al aire frecuentemente los senos, evitar manipular en forma excesiva las mamas y pezones (SSA, 2014).

El manejo inadecuado de las grietas puede derivar en infección, ingurgitación, mastitis o fracaso de la lactancia. No se debe dejar de explorar la boca del niño, si existen grietas en el pecho materno, ya que una de las causas de grietas severas es la anquiloglosia del niño, o frenillo lingual demasiado corto y que no permite la salida de la lengua del bebé más afuera de la encía (Reyes & Martínez, 2015).

Sobrecarga o congestión de senos

Conocida también como ingurgitación mamaria, se define como secreción excesiva de leche que no puede salir al exterior, provocada por la acción de la prolactina, las mamas están duras y dolorosas a la presión, siendo difícil para el niño agarrar el seno (Reyes & Martínez, 2015).

Plascencia (2012) señala que habitualmente ocurre entre el séptimo y décimo día posparto por un aumento del flujo sanguíneo linfático, se maneja

vaciando manualmente o mecánicamente la mamas después de que él bebe termino de succionar

Algunas recomendaciones para prevenir la congestión son: (SSA, 2014)

- Asegurarse que él bebe succiona en una posición correcta, con la boca abierta y de frente a la madre.
- Ofrecer seno materno sin restricción alguna desde el nacimiento, entre 8 y 12 veces en 24 horas; la OMS recomienda su inicio en la primera hora de vida.
- Vaciado manual o mecánico de los senos, el uso de compresas calientes y masaje harán que fluya la leche con más facilidad.
- No otorgar leche artificial pues favorece la congestión por la falta de succión.

Grietas o Fisuras en el pezón

La grieta superficial o fisura se presenta como una irritación severa en el tejido que cubre el pezón y la areola, producida por presión negativa en los conductos en donde todavía no hay demasiada leche, por tracción exagerada del pezón, o por el roce de la lengua en la punta del pezón cuando el niño succiona en forma disfuncional (Fernández, Garrido, Gutiérrez, Hurtado, Martínez, Martínez, Martos, et al, 2015). Es una de las principales causas de abandono de la lactancia en las primeras semanas, debido a la presencia de dolor, si este es persistente o duradero es indicador de que algo no funciona adecuadamente.

La principal causa de aparición de grietas en el pezón es la mala posición del bebé al mamar. Cuando el bebé no está bien puesto al pecho y al mamar sólo toma el pezón, éste es traumatizado por las encías, causando dolor y favoreciendo la aparición de grietas (Fernández et al, 2015).

Al empezar con la lactancia, es posible que los pezones estén más sensibles. Para que no lleguen a producirse grietas es conveniente transmitir (Consejería de Salud, 2010):

- La importancia de que los pezones estén secos, no lavarse tras las tomas, extraerse un poco de leche sobre los pezones y dejarlos secar al aire libre o incluso con aire del secador durante unos segundos.
- Evitar las pomadas, salvo que por alguna razón estén indicadas. No se ha demostrado la eficacia de cremas ni de pezoneras de cera.
- No se debe limitar el tiempo de succión

Si la grieta es leve o reciente, se corrige tomando medidas para lograr la técnica adecuada, cuidando que la boca del niño este de frente al pecho y que el pezón y la areola quede dentro de la boca del niño. Después de cada mamada, se cubre la areola y el pezón con leche materna y se deja secar al aire, expuestos al sol o al calor seco por algunos minutos (Ministerio de Salud, 2010).

Si se deja evolucionar puede llegar a causar inflamación (mastitis) y abscesos, para aliviar estas molestias se debe (Consejería de Salud, 2010):

- Iniciar la lactancia del lado menos doloroso
- Tomar algún analgésico suave, indicado por el personal de salud.
- Examinar la cavidad oral de bebe
- Verificar que se coloque suficiente superficie de la areola dentro de la boca del niño, ya que no se obtiene suficiente leche si solo se succiona la punta del pezón. Si hay dolor durante la tetada, se debe corregir la posición del bebe.
- Colocar al bebe en distintas posiciones a la hora de la lactancia.
- Aumentar la frecuencia de las tetadas, no usar jabones ni cremas en los pezones, si el dolor es intenso la madre debe aprender a extraer la leche y darla con vaso hasta que mejoren las grietas.

Algunas mujeres pueden experimentar molestia inicial al amamantar, es necesario entonces, verificar que la técnica de lactancia sea la adecuada para lograr un buen acoplamiento, comprobando la posición de la madre y del niño, de manera que el pezón no se deforme por la compresión de la boca del niño.

Mastitis

Reyes & Martínez (2015), mencionan que se produce aproximadamente en un 1-7% de las mujeres amamantando. Es una infección del tejido intersticial circundante al lóbulo mamario, los factores que predisponen a esta infección pueden ser grietas en el pezón, retención de leche, cambio abrupto en la frecuencia de las tomas, mal vaciamiento, disminución a la resistencia materna a la infección. La clínica se caracteriza por dolor, eritema, induración y aumento del calor local en una zona del pecho, generalmente unilateral, cefalea, mialgias, compromiso del estado general. El agente causal más frecuente es el *Stafilococo dorado*.

Desde el punto de vista médico, las mastitis constituyen la principal causa de destete precoz. Pueden producirse en cualquier momento de la lactancia, aunque el 75-95% ocurren en las primeras 12 semanas. El tratamiento consta de vaciamiento frecuente de la mama, reposo, líquidos abundantes, analgésicos o AINES (Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas) y antibióticos por 10 días. El antibiótico recomendado es el sensible al agente causal en dosis habituales (Consejería de Salud, 2010). Se debe mantener la lactancia favoreciendo tetadas frecuentes y el vaciamiento del lado comprometido o extraerse manualmente la leche varias veces al día, aplicar compresas calientes por 3^a 5 minutos y acudir a la unidad de salud.

Absceso mamario

Aproximadamente un 5 a 11 % de las mujeres con mastitis se complican con absceso mamario que requiere tratamiento específico, se produce por un tratamiento inadecuado o tardío de una mastitis, el absceso no siempre se palpa como una masa fluctuante y es necesario sospechar en caso de una mastitis tratada con antibióticos que no mejora. En estos casos se recomienda control ecográfico y extensión del tratamiento a 15 días. Si el absceso se palpa como

una masa mamaria fluctuante cerca de la piel, el tratamiento es drenaje por punción o quirúrgico masa tratamiento antibiótico (Plascencia et al, 2012).

Con el fin de evitar la congestión mamaria post quirúrgica, se recomienda amamantar sin problemas del lado contrario. Se puede amamantar del lado afectado dependiendo de la cercanía del absceso con el pezón. Si el drenaje está muy cerca de la areola la mujer puede extraer la leche de esa mama manualmente o por bomba (Reyes & Martínez, 2015).

Hipogalactia

Síndrome de leche insuficiente o hipogalactia es aquel desequilibrio entre la producción de leche materna y las necesidades del bebe. Una de las razones que más habitualmente dan las madres en todo el mundo para suspender la lactancia o introducir alimentos complementarios, es que piensan que no tienen leche suficiente o que la calidad de su leche es mala (SSA, 2014).

Aunque es una queja relativamente frecuente de las madres, casi siempre es una percepción; cualquier factor que limite el vaciamiento de la mama puede disminuir la producción de leche (Plascencia et al, 2012). La cantidad de leche que producen los pechos está determinada por la cantidad que toma el niño, aumenta cuando el niño toma más; incluso en sociedades en donde la dieta de las mujeres es escasa, la mayoría son capaces de producir leche en cantidades adecuadas para el buen crecimiento del niño.

La falta de leche real es un problema muy poco frecuente, en cualquier momento que se determine una inadecuada extracción de leche puede resultar en una disminución de la producción láctea. Características de un bebe alimentado al pecho materno exclusivo que come lo suficiente (Reyes & Martínez, 2015):

- Pérdida de peso a la semana de vida menor al 7 % con respecto a la del nacimiento.

- A las dos semanas de vida recupera el peso al nacer o incluso lo sobrepasa.
- Presenta de 2-5 evacuaciones al día.
- Su aspecto físico es saludable, de buen color y tono muscular.
- Esta alerta y activo.
- Incrementa su peso 115-230 gr/semana.
- Su talla aumenta 2.5 cm/mes los primeros 6 meses.
- Su circunferencia cefálica incrementa 1.5cm/mes

Finalmente, cada 3 a 4 semanas de vida los primeros 3 meses, los bebés tienen un periodo de demanda máxima de leche debido a rachas de crecimiento rápido a lo que se denomina crisis transitoria de la lactancia, tiene una duración de 5 a 7 días y los bebés durante esta etapa se muestran más hambrientos de lo habitual, pierden los ciclos de sueño que ya se habían hecho rutinarios y demandan más contacto en brazos. Comúnmente los cuidadores caen en la falsa creencia de que no hay suficiente producción de leche e inician fórmula de complemento, lo que a lo largo ponen en riesgo la lactancia (Reyes & Martínez, 2015).

Estética

Las mujeres están influenciadas por numerosos mitos, creencias y prácticas sobre la lactancia que las envuelve y en ocasiones pueden llevar al abandono prematuro. Hoy en día una de las más importantes es la estética de la mujer, lo cual es un pilar importante en la decisión de la misma de brindar o no lactancia materna. A pesar de la información que se tiene de que el amamantamiento ayuda a volver al peso anterior al embarazo, junto con otros beneficios como la disminución del riesgo de diabetes tipo 2, el cáncer de mama y de ovario (SSA, 2014).

La encuesta ESANUT (2012) reveló que entre el 6.3% de las mujeres que nunca amamantaron a sus hijos, solo el 1.6% lo hizo porque quería conservar la

figura. Teniendo así que solo 0.01% de las madres mexicanas no amamanto por estética.

Madre con problemas de salud

Problemas maternos como enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destaca la diabetes y la hipertensión arterial, tuberculosis, VIH/SIDA, sífilis, CA de mama entre otros, pueden evitar el inicio o finalizar el mantenimiento de la práctica de la lactancia materna si no existe el apoyo y la orientación necesaria para su desarrollo. Actualmente en nuestro medio la única contraindicación es la infección por VIH ya que se ha demostrado la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna (Consejo de Salubridad General, 2012).

La transmisión materno-infantil del VIH es la principal forma de infección por dicho virus en los lactantes. La transmisión puede producirse durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia. La decisión sobre si las madres infectadas por el VIH deben amamantar a sus hijos se basa generalmente en la comparación del riesgo de que el niño adquiera el VIH a través de la lactancia materna con el riesgo elevado de muerte por malnutrición, diarrea y neumonía que conlleva el hecho de que no se alimente exclusivamente de leche materna (infoSIDA,2017).

Desde 2010, la OMS ha recomendado que las madres infectadas con el VIH tomen medicamentos antirretrovíricos y proporcionen LME durante los primeros 6 meses, posteriormente introduzcan alimentos complementarios adecuados y continúen amamantando hasta el primer año. La LM solo se deberá interrumpir una vez que se pueda suministrar una dieta nutricionalmente suficiente y segura sin leche materna (infoSIDA,2017).

Diabetes

La madre diabética lactando deberá asistir al médico para el ajuste de su tratamiento farmacológico; las principales estrategias para mejorar la lactancia en estas pacientes consisten en que la madre realice un buen control metabólico, con pautas adaptadas de insulina, pues se presenta mayor riesgo de

hipoglucemias debido a la disminución de los requerimientos de insulina e hipoglucemiantes orales, junto con una necesidad de incrementar el aporte calórico (500-800 cal/día), además de una adecuada alimentación y ejercicio (Fernández et al, 2015).

Las madres diabéticas tienen mayor riesgo de padecer grietas, mastitis y candidiasis por lo que debemos informar sobre las ventajas de la lactancia frecuente, vigilar posición, evitar lavados, desinfectantes y pomadas (SSA,2014).

Tuberculosis

Si la madre está en tratamiento desde dos semanas antes del parto puede amamantar, de lo contrario deberá extraerse la leche y desecharla, cumplido el tiempo podrá comenzar a amamantar, si la madre es bacilífera se protegerá al bebe con quimioprofilaxis y vacuna BCG (Consejo de Salubridad General, 2012).

La OMS aconseja no separarlos y administrar al niño isoniacida durante 6 meses si la madre llevaba menos de 2 meses de tratamiento, mientras que algunos autores recomiendan la separación hasta que hayan transcurrido las 2 primeras semanas de iniciado el tratamiento y la madre ya no sea contagiosa. Cuando termine el período de aislamiento se puede reanudar la alimentación con leche materna, aunque la madre continúe con el tratamiento. Se debe considerar tener en cuenta que la isoniacida pasa a través de la leche para ajustar la dosis que se administra al niño (Fernández et al, 2015).

Sífilis

Pueden ser alimentados los niños siempre y cuando se encuentre en tratamiento y no presente lesiones en los pezones. La presencia de lesiones cutáneas en el pecho o en el pezón contraindica la lactancia materna, ya que pueden contener la treponema. En este caso el niño debe ser aislado de la madre y esperar hasta finalizar el tratamiento (Consejo de Salubridad General, 2012).

Cáncer de Mama

Suspensión definitiva, se justifica el uso de biberón y formula láctea, la lactancia está contraindicada salvo en situaciones de remisión. Si se pudiera anteceder a la práctica de alguna prueba y tratamiento, la madre puede extraerse y almacenar la leche. Los fármacos neoplásicos y los compuestos radioactivos se excretan por la leche materna y tiene efecto acumulativo. No deben retrasarse los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la madre (Consejo de Salubridad General, 2012).

Problemas médicos en el niño amamantado

Existen algunas situaciones que dificultan la LME, como lo son lesiones neurológicas, sufrimiento fetal, hipoxia neonatal, parálisis cerebral infantil; el amamantamiento puede ser posible con la adaptación de la técnica de alimentación (Reyes & Martínez, 2015). Podemos entonces indicarle a la madre que sujete con la misma mano el pecho y la barbilla del bebe, sosteniendo la mandíbula para apoyar el movimiento de la succión. Se debe asesorar a la mama hasta lograr el agarre funcional y la posición más cómoda para el bebe y para la madre. Cuando no existe o está muy disminuido el reflejo de la succión-deglución, se debe administrar leche materna por sonda.

1.3.2 Factores del Mesosistema

Madre trabajadora

Una de las barreras más importantes que impiden a las madres amamantar a sus hijos es el corto periodo de licencia materna en México. Ante esta realidad, instituciones públicas y privadas, así como organizaciones de la sociedad civil coincidieron en la necesidad de que se amplié el plazo de licencia por maternidad de 12 a 18 semanas, como recomienda la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Publimetro, 2015). Y es que "12 semanas de licencia de maternidad no son suficientes" para mejorar la calidad de vida de los mexicanos, reforzó la jefa del Departamento de Alojamiento Conjunto del Instituto Nacional de

Perinatología, Dra. Irma Alejandra Coronado Zarco, durante el 3er. Foro Nacional de Lactancia Materna (Coronado, 2015).

Al retomar sus trabajos las madres deben tener derecho a amamantar a sus hijos, ya que la lactancia materna es definitiva para su salud y las de sus hijos. De acuerdo con la OIT (IMSS & UNICEF, 2014) algunos de los factores que pueden impactar en la duración de la lactancia una vez que la mujer regresa al trabajo son:

- Regresar a trabajar antes de que se cumplan dos meses desde el parto.
- Tiempo de traslado y distancia hasta el trabajo.
- Trabajo a tiempo completo.
- Apoyo en el lugar de trabajo, en forma de permisos de lactancia, instalaciones adecuadas para la lactancia.
- La actitud de la compañía y de los colegas hacia la lactancia.

Algunas medidas para favorecer la LM a las madres que laboran, se encuentran las recomendadas en el Tercer Foro Nacional de Lactancia Materna 2015 (IMSS & UNICEF, 2014):

- Adaptar un área de lactarios dentro de las instalaciones.
- Permitir que extraigan la leche materna cada que sea necesario.
- Tener refrigeradores exclusivos para poder almacenar el líquido.
- Poder tomar la hora de lactancia sin ningún problema.

El pasado 2 de abril del 2016, el presidente, Enrique Peña Nieto firmo un decreto para reformar la Ley General de Salud y otras, con el objetivo de promover la LM, el decreto señala que durante la lactancia las mujeres tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios cada día, de solo media hora cada uno, o un descanso extraordinario por día de una hora para amamantar a sus hijos o dedicarse a la extracción de leche en un lugar “adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia”.

1.3.3 Factores del Macrosistema

La falta de información

Existen múltiples factores que afectan la lactancia materna siendo uno de los de mayor relevancia la falta de información y la poca capacitación que recibe la madre, a pesar de que actualmente todo personal de salud está obligado a brindarle capacitación a la madre sobre LM (Reyes & Martínez, 2015).

Posiblemente la madre se enfrente con problemas para continuar con la lactancia, presente dudas, desconocimiento sobre aspectos como la correcta técnica de amamantamiento, las ventajas de la alimentación materna para la madre y el niño, las posibles complicaciones que pueden surgir durante los primeros días o semanas tras el parto, pueden ocasionar inseguridades, ansiedad o temor en las madres que directamente influyen negativamente en el inicio y seguimiento de la LME (SSA, 2014).

1.4 Características Físicas y Psicológicas de las Mujeres Adultas Jóvenes

La edad adulta temprana comprende un espacio de tiempo prolongado posterior a la adolescencia, ubicándose entre los 20 y los 40 años, se considera por lo tanto una de las etapas de mayor plenitud en el ser humano (Jiménez, 2012). La principal característica es que el individuo debe de comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir hacerse responsable de su vida y de quienes le acompañan en la conformación de su familia.

Enfocándonos a la población de estudio tenemos que la mujer adulta joven atraviesa por una etapa de su ciclo vital que le imprime exigencias en la salud, que tiene que ver con las dimensiones planteadas en su estilo de vida, entre algunas, una nutrición que responda a sus expectativas de mantener la figura, reducir el peso con comidas sencillas y rápidas que le faciliten dar respuestas a sus diferentes tareas, la práctica de una actividad física regular, pero a la vez con dificultades en disponibilidad de tiempo, porque además de sus conflictos

económicos y su necesidad de autonomía e independencia la enfrentan, al reto de sumar a sus roles de madre y ama de casa, el rol de trabajadora, elemento que afecta de manera indirecta su salud mental y física por la sobrecarga que se genera (Pardo M. & Núñez N., 2008).

Características Físicas

En el adulto joven las capacidades físicas alcanzan un nivel superior de efectividad, la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su mejor momento. El máximo desarrollo muscular se alcanza alrededor de los 25 a 30 años. Los sentidos alcanzan su mayor desarrollo: la agudeza visual es máxima a los 20 años, decayendo alrededor de los 40 años con propensión a la presbicia, la pérdida gradual de la capacidad auditiva empieza antes de los 25 años, el gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y al calor comienza a disminuir cerca de los 45 (Rice, 1997).

Los adultos jóvenes constituyen la parte más sana de la población, en razón es que en general, los órganos, tejidos y sistemas se encuentran funcionando de manera eficiente ya que se encuentra en la cúspide de la curva de desarrollo normal (Jiménez, 2012).

Características Psicológicas

Las personas cambian y crecen en muy diversos aspectos durante este periodo, durante estas dos décadas se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo. Se producen cambios y acontecimientos que crean incertidumbre y tensiones, estos cambios son la base de la responsabilidad que va adquiriendo el adulto (Fernández, 2000).

La madurez psicológica puede depender de logros como el descubrimiento de la propia identidad, la independencia de los padres, el desarrollo de un sistema de valores y el establecimiento de relaciones. Algunos psicólogos sugieren que el inicio de la adultez no está indicado por criterios externos si no por indicadores

internos como el sentido de autonomía, autocontrol y responsabilidad personal. No obstante, la madurez es definida por tres criterios (Grace, 2009):

- Aceptar las responsabilidades propias
- Tomar decisiones independientes.
- Obtener la independencia financiera.

La decisión de convertirse en madres es parte de aceptar las responsabilidades propias y toma de decisiones independientes; esta decisión marca una gran transición en la vida de las mujeres, ya que experimentan muchos sentimientos conflictivos a medida que se preparan para volverse madres, las que han planeados deliberadamente los embarazos están emocionadas por el nacimiento, pero generalmente todavía presentan ambivalencia (Fernández, 2000). El embarazo las fuerza a pensar en la responsabilidad de cuidar a un niño totalmente dependiente e impone una sensación ocasionalmente aterradora de estabilidad.

Durante el primer embarazo las mujeres enfrentan tareas como desarrollar vínculos emocionales con los niños venideros, llegar a un acuerdo en las relaciones de pareja si es que existe, resolver sus propias necesidades emocionales, evaluar el aspecto financiero y de alojamiento del cuidado de un niño.

MARCO REFERENCIAL

Niño M. R., Silva E. G. & Atalah S. E. (2010). Factores asociados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva. **Objetivo:** conocer la prevalencia de la lactancia materna y las causas del destete precoz, en mujeres de distinto nivel socioeconómico controladas en el sistema público y privado de salud de Santiago. **Diseño:** Descriptivo, transversal. **Resultados:** Alrededor de un 30% de las mujeres suspendieron la LME antes de los tres meses y un 46% la mantuvo hasta los 6 meses, porcentajes casi similares para sector público y privado, los dos principales motivos de abandono de lactancia materna son, por decisión materna con el 22.9% y percepción materna de que el niño se quedaba con hambre con 36.2%.

López M. B., Martínez G. L. & Zapata L. N. (2011). Motivos de abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la Ciudad de Medellín. **Objetivo:** Identificar los motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva en la ciudad de Medellín. **Diseño:** Descriptivo, transversal. **Resultados:** El abandono temprano de la lactancia materna exclusiva ocurre en un 77.9% a la edad de 2 meses y del 95.7% antes de, los 4 meses de edad, los motivos que expresaron las madres para el abandono, son los problemas para la producción de leche materna con el 45.9%, otras actividades u ocupaciones con el 16.2% y el rechazo por parte del bebe con 13.2%.

Rius J.M., Ortuño J., Rivas C., Maravall M., Calzado M., López A., Aguar A., & Vento M. (2012) Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de LM durante los primeros 12 meses posparto y analizar los factores asociados a su abandono. **Diseño:** Prospectivo. **Resultados:** LM en el 81% de los casos persistió entre los 3 y 6 meses, los factores asociados al abandono precoz fueron, gestación tras técnicas de reproducción asistida, hábito tabáquico materno y expectativas pobres sobre la duración de la lactancia.

Camargo F. F., Latorre L. J. & Porras C.J. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. **Objetivo:** Determinar la tasa de abandono de la LME y sus factores asociados en Bucaramanga. **Diseño:** Estudio de Cohorte. **Resultados:** La mediana del tiempo de duración de la LME fue de dos meses, el abandono durante los primeros 6 meses fue de una incidencia del 96.6%, los factores asociados al abandono son conocimientos deficientes de la LM, uso de biberón y estrato socioeconómico bajo y la información recibida durante la estancia hospitalaria.

Lama D., (2015) Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, en madres aseguradas del Hospital Tingo Maria-Essalud. **Objetivo:** Determinar los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres aseguradas del Hospital. **Diseño:** Estudio descriptivo, transversal de tipo retrospectivo. **Resultados:** El abandono se presentó en un 64%, el 44% son mujeres de 30 a 39 años de edad, la primiparidad constituye el factor más relevante con un 46%.

Laghy A., Yaipen A., Risco D. & Pereyra R. (2013) Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013. **Objetivo:** Evaluar los factores asociados al abandono de la LME antes de los 6 meses en madres lactantes, residentes de un distrito de Lima. **Diseño:** Estudio transversal analítico. **Resultados:** El abandono de la LME fue de 70%, dentro de los motivos se encuentra mujeres con problemas en el pezón 70.6% y el hijo insatisfecho con la lactancia con 44%.

Manosperta M., Ramos L., Wechsler C., Rossetti A., Zappone M. & Marques M. (2014) Causas de abandono de lactancia materna en el Barrio de Cárcova. **Objetivo:** Evaluar los factores asociados al abandono de la LME antes de los 6 meses en madres lactantes, residentes de un distrito de Lima. **Diseño:** Estudio descriptivo de corte transversal. **Resultados:** Después del año de vida del niño, el abandono de LM fue tan frecuente en madres que trabajan fuera del hogar, así

como en las que no lo hacen, las madres adolescentes no fueron más propensas a esta conducta, los motivos más citados son: lo dejo solo, no quise darle más, me quedé sin leche.

González G., Reyes L., Borre Y., Oviedo H., Barrios L., Carbonó L. & Martínez G. (2011) Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia. **Objetivo:** Identificar qué factores inciden para que se presente el destete temprano en un grupo de madres de niños inscritos a un programa de crecimiento y desarrollo en el centro de salud. **Diseño:** Estudio descriptivo de corte transversal, cuantitativo. **Resultados:** el 94.2% de las madres suministraron lactancia materna en algún momento, de las cuales el 50% se otorgó de 3 a 6 meses, dentro de los principales motivos se encuentra la falta de tiempo para lactar con 36.5%, producción insuficiente de leche con 23% y rechazo del bebe con 27%.

Agüin V., Alvarado A., Angulo O., Arias J. & Díaz E. (2011) Causas de deserción de lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de 6 meses de edad. **Objetivo:** Determinar las causas que motivan a las madres a abandonar la lactancia materna exclusiva antes de que sus hijos cumplan los seis meses de edad. **Diseño:** Estudio descriptivo transversal. **Resultados:** Las principales causas de abandono son, decisión materna con 58%, sugerencia familiar con 28%, estética 12% e indicación médica 2%.

Félix J., Martínez E. & Sotelo E. (2009) Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de abandono de lactancia materna exclusiva y conocer los factores biosociales en mujeres con hijos de 6 meses de edad. **Diseño:** Estudio transversal. **Resultados:** La prevalencia de abandono fue de 61%, 53.4% por decisión propia de la madre, enfermedades maternas 8.1%, mastopatía 2.8% y recomendación médica 2.8%.

Ruiz P. & Martínez J. (2014) Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. **Objetivo:** Conocer las causas de la lactancia materna a los 4 meses de vida del bebe y las principales causas de abandono de esta. **Diseño:** Estudio observacional, descriptivo transversal. **Resultados:** La tasa de lactancia materna exclusiva a los 4 meses de vida del bebe fue de 51.02%, las principales causas de abandono de la lactancia fue la hipogalactia con el 33.3%, ganancia escasa del peso del bebe con 20.8% y trabajo con 12.5%.

CAPITULO 2

METODOLOGÍA

2.1 Tipo

Estudio cuantitativo, aplicado y descriptivo.

2.2 Diseño

No experimental, transversal y prospectivo.

2.3 Población

Madres con lactantes que asisten a consulta general, al programa control del niño sano; en el centro de salud de Mixquiahuala Hidalgo.

2.4 Muestra

No probabilística, se seleccionaron 40 mujeres por disposición.

2.5 Definición Espacial y Temporal

La investigación se realizó en el Centro de Salud, CLUES HGSSA004880, ubicado en la cabecera del Municipio de Mixquiahuala de Juárez Hidalgo. Establecimiento de salud de primer nivel de atención, con una población de 13,550 personas afiliadas al Seguro Popular, brindando atención medica integral ambulatoria, acciones de promoción a la salud, prevención de riesgos y daños, servicio de odontología, módulo de Estimulación Temprana, Atención a la Mujer (enfocada al área materno perinatal), Planificación Familiar y Medicina Preventiva. A población de vulnerable de recursos económicos mediano-bajo.

La presente investigación se dio inicio a partir del mes de febrero del 2016 y se concluye en el mes de julio del 2017.

2.6 Criterios de Selección

2.6.1 Inclusión

- Mujeres que acuden al Centro de Salud, al programa de nutrición, crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años, con lactantes de 6 a 24 meses de edad de edad, nacidos vía vaginal o cesárea.
- Originarias del municipio de Mixquiahuala Hidalgo.
- Nivel socioeconómico indistinto.
- Ocupación indistinta y estado civil por igual.
- Que acepten participar en la investigación, con consentimiento informado

2.6.2 Exclusión

- Mujeres con lactantes menores de 6 meses o mayores de 24 meses.
- Madres con alguna enfermedad que contraindique la LM.
- Que no firmen consentimiento informado.
- Que no acepten participar en la investigación.

2.6.3 Eliminación

- Mujeres con lactantes que hayan permanecido en terapia intermedia o intensiva.
- Que no hayan concluido la encuesta.
- Madres con cambio de domicilio.
- Que no asistan al centro de salud con periodicidad.

2.6.4 Variables

Demográficas: Edad, escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos

Variable Independiente: Factores del entorno; Microsistema, mesosistema, macrosistema.

Variable Dependiente: Lactancia Materna Exclusiva

2.7 Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, donde se establecen los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud; siendo un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general, para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, además, se considera una investigación sin riesgo de acuerdo al artículo 17 del mismo reglamento, que hace mención a la utilización de técnicas y métodos de investigación documental en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan (Comité de Bioseguridad, 1983).

De igual manera se adhiere a lo dispuesto en la declaración de Helsinki, para asegurar la protección de los derechos humanos de las participantes en este estudio, prevaleciendo el respeto a su dignidad y bienestar, evitando hacer comentarios o juicios sobre sus respuestas y asegurando su confidencialidad de la información personal (Medica, 2013).

Se consideró la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 (2013), que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, dentro de la cual se sustenta la Carta de consentimiento informado en materia de investigación, es el documento escrito, signado por el investigador principal, el paciente o su familiar, tutor o representante legal, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados.

2.8 Procedimiento para Recolección

Fase Inicial

- Mediante una búsqueda de instrumentos que permitieran la medición de las variables a estudiar, se eligió al instrumento denominado “Encuesta de Lactancia Materna”.
- Se elaboró un consentimiento informado para las madres que estuvieron dispuestas a participar en el presente estudio.

Fase de Procedimiento

- Se asistió al centro de salud solicitando permiso para la realización de esta investigación, con usuarias de la misma unidad.
- Se reclutaron a las madres de niños lactantes que cumplieran con los criterios de inclusión
- Antes de realizar la encuesta, se les brindó el consentimiento informado para validar su participación dentro del estudio.
- Se realizó la aplicación de la encuesta a las usuarias que se encontraban en el área de consulta externa, en espera de consulta general, se les resolvieron las dudas que en el momento se presentaron para la resolución de la encuesta.

2.9 Instrumento

Encuesta de Lactancia Materna, implementada en un estudio descriptivo, transversal, en la ciudad de Chile en el año 2012; denominado “Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva”, (Niño R., Silva G. & Atalah E., 2012).

Una encuesta de respuestas cerradas y codificadas que fue sometida a una validez de contenido a través de una consulta de revisión de expertos, con un Alfa de Cronbach de 0.8. La encuesta consta de 20 ítems con un valor mínimo de uno punto por cada respuesta; se otorga una puntuación de dos a las respuestas que se consideran que cumplen con un factor del entorno adecuado

para desarrollar el rol maternal (ítems 3, 4, 6, 8, 9, 10, 14 y 20), dando un total de 28 puntos.

Ítems agrupados en las siguientes áreas:

- Variables sociodemográficas maternas: edad, escolaridad, ocupación, estado civil y número total de hijos.
- Antecedentes del recién nacido: vía de nacimiento y sexo.
- Variables socio-dependientes: Se evalúan las características intervinientes en la duración de la LM, experiencia previa en lactancias anteriores, orientaciones recibidas sobre ventajas e importancia de la LM, momento en que recibió la información, principales fuentes de información, edad de inicio ingesta de jugos, leche artificial y comidas, causas de abandono de LM.

2.10 Plan de Análisis Estadístico

El procesamiento, análisis y evaluación de la información recolectada en los instrumentos se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statics 23. Para tal fin se diseñó una base de datos en donde se ingresó la información obtenida y revisada. Se realizó la descripción de cada una de las dimensiones de los instrumentos con el apoyo de una estadística descriptiva (especialmente la distribución de frecuencias, porcentaje y estadística inferencial).

CAPITULO 3

RESULTADOS

Tabla 1. *Porcentaje en rango de edades de las madres encuestadas y su escolaridad.*

		Frecuencia	Porcentaje %
Edad de la madre	De 15 a 25	19	47.5
	De 26 a 35	20	50.0
	De 36 a 45	1	2.5
	Total	40	100.0
Escolaridad materna	Básica incompleta	1	2.5
	Básica completa	12	30.0
	Media incompleta	12	30.0
	Media completa	10	25.0
	Universitaria incompleta	2	5.0
	Universitaria completa	3	7.5
	Total	40	100.0

Fuente. IMELMaterna 2017.

Se entrevistó a un total de 40 madres de lactantes menores de dos años. Todas residentes permanentes del lugar de estudio. Comprendían edades de entre los 16 y los 36 años. Con una escolaridad mínima de educación básica incompleta del 2.5%, básica completa 30%, media incompleta 30%, media completa 25%, universitaria incompleta 5% y universitaria completa 7.5%.

Tabla 2. *Porcentaje de la ocupación y estado civil de las madres encuestadas.*

		Frecuencia	Porcentaje %
Ocupación	Ama de casa	22	55.0
	Trabajadora	15	37.5
	Estudiante	3	7.5
	Total	40	100.0
Estado Civil	soltera	5	12.5
	casada	16	40.0
	conyugue	18	45.0
	Sin pareja	1	2.5
	Total	40	100.0

Fuente. IMELMaterna 2017.

Con respecto a la ocupación de las madres un 55% son amas de casa, un 37.5% trabajadoras y un 7.5% estudiantes; su estado civil comprende un 40% mujeres casadas, 45% con conyugue, 12.5% solteras y 2.5% sin pareja.

Tabla 3. *Porcentaje del número de madres primíparas y del sexo del lactante.*

		Frecuencia	Porcentaje %
Número total de hijos	1 hijo	21	52.5
	2 hijos	12	30.0
	3 hijos	6	15.0
	4 hijos o más	1	2.5
	Total	40	100.0
Sexo	Femenino	22	55.0
	Masculino	18	45.0
	Total	40	100.0

Fuente. IMELMaterna 2017.

El porcentaje en cuanto a madres primíparas fue de 52.5%, mientras que para multíparas fue del 47.5% que comprenden de 2 a 4 o más hijos. Con sexo predominante del 55% femenino y del 45% masculino.

Tabla 4. *Porcentaje respecto a la vía de nacimiento del lactante.*

		Frecuencia	Porcentaje %
Vía de nacimiento	Vaginal	12	30.0
	Cesárea	28	70.0
	Total	40	100.0

Fuente. IMELMaterna 2017.

El tipo de vía de nacimiento en las madres encuestadas arrojo que el 70% de los casos se realizaron por cesárea y en su minoría fue de un 30% por vía vaginal o parto natural.

Tabla 5. *Porcentaje sobre la orientación previa y principales fuentes de información con respecto a la LM.*

		Frecuencia	Porcentaje %
Orientaciones previas sobre ventajas e importancia de la LM	Si	33	82.5
	No	7	17.5
	Total	40	100.0
Principales fuentes de información	Familia	4	10.0
	Medico	8	20.0
	Enfermera	28	70.0
	Total	40	100.0

Fuente. IMELMaterna 2017.

Con relación a las orientaciones previas recibidas sobre las ventajas e importancia de LME, tenemos que un 82.5% de las mujeres si recibieron orientación, considerando esto como un factor de protección para el abandono

precoz, y un 17.5% no recibió. Las principales fuentes de esta información es la enfermera con un 70%, el medico con un 20%, teniendo así el 90% de consejería por parte del personal de salud y un 10% de la familia.

Tabla 6. *Porcentaje sobre la experiencia en lactancias previas.*

		Frecuencia	Porcentaje %
Experiencia	Buena	9	22.5
	Regular	8	20.0
	Mala	3	7.5
	No corresponde, primípara	20	50.0
	Total	40	100.0

Fuente. IMELMaterna 2017.

Respecto a la experiencia previa sobre lactancias anteriores, desde el punto de vista materno, el 50% no corresponde por tratarse de madres primíparas, 22.5% respondió haber sido buena, mientras que el 20% la considera regular y en menor proporción un 7.5% mala.

Tabla 7. *Porcentaje de la edad en que empezó a recibir otro alimento diferente a leche materna.*

		Frecuencia	Porcentaje %
Edad	1 mes	15	37.5
	2 meses	5	12.5
	3 meses	3	7.5
	4 meses	2	5.0
	5 meses	5	12.5
	6 meses	10	25.0
	Total	40	100.0

Fuente. IMELMaterna 2017.

El tiempo menor de duración de la LME en las 40 madres fue del primer mes, arrojando un resultado de 37.5%, teniendo así un porcentaje mayoritario de abandono de la LME del 75%, contra un 25% de mujeres que continuaron la lactancia exclusiva hasta el sexto mes.

Tabla 8. *Porcentaje de la edad en que comenzó a recibir leche artificial el lactante.*

	Frecuencia	Porcentaje %	
	De 0 a 5 meses	27	67.5
	De 6 a 12 meses	6	15.0
Edad	Aun no le da leche artificial	7	17.5
	Total	40	100.0

Fuente. IMELMaterna 2017.

Referente a los alimentos reportados por las madres como reemplazo o complementarios de la leche materna, se encontró que un 67.5% de mujeres empezó a darle leche artificial en los primeros 5 meses de vida, un 12.5% posterior a los 6 meses y un 20% que nunca dio leche artificial.

Tabla 9. *Porcentaje en que el lactante recibió jugo y/o agua.*

	Frecuencia	Porcentaje %	
	De 0 a 5 meses	27	67.5
Edad	De 6 meses o más	13	32.5
	Total	40	100.0

Fuente. IMELMaterna 2017.

Similar es el caso en la introducción de agua o jugos con un 67.5% antes de los primeros 5 meses y un 32.5% a partir de los 6 meses.

Tabla 10. *Porcentaje de la edad en que recibieron por primera vez comida los lactantes.*

	Frecuencia	Porcentaje %
De 0 a 5 meses	15	37.5
De 6 meses o más	25	62.5
Total	40	100.0

Fuente. IMELMaterna 2017.

Para la proporción de alimentos sólidos en el lactante, las mujeres reportaron 37.5% de inicio con la ablactación en los primeros 5 meses y un 62.5% de los 6 meses en adelante.

Tabla 11. *Porcentaje de los factores relacionados con el abandono de la Lactancia Materna.*

	Frecuencia	Porcentaje %	
Factores	Enfermedad del niño.	3	7.5
	Enfermedad de la madre con utilización de fármacos excretados por leche materna.	1	2.5
	Enfermedad de la madre relacionada con la mama o el pezón.	1	2.5
	Rechazo del niño al pecho	1	2.5
	No se llena queda con hambre.	7	17.5
	Falta de leche.	16	40.0
	Voluntariedad de la madre.	3	7.5
	Inicio de las actividades laborales o estudiantiles.	7	17.5
	Aun le da.	1	2.5
	Total	40	100.0

Fuente. IMELMaterna 2017.

Los motivos que expresaron las madres para el abandono temprano de la LME fue la falta de leche con 40%, 17.5% de las mujeres percibía que su hijo no se llenaba y se quedaba con hambre, junto a 17.5% de madres que iniciaron con actividades laborales o estudiantiles, el 7.5% relacionado con enfermedades del niño, al igual que 7.5% por voluntariedad de la madre, los motivos menos

frecuentes son, la enfermedad de la madre con la utilización de fármacos excretados por la leche materna con 2.5%, el rechazo del niño al pecho con 2.5%, y las madres que reportaron problemas o enfermedad relacionada con la mama o el pezón con 2.5%; tenían menor probabilidad de haber abandonado precozmente la lactancia. Además de las mujeres que no abandonado la LME con 2.5%.

Tabla 12. *Porcentaje de mujeres que cuentan con Factores del Entorno Adecuados para la adopción del Rol Maternal.*

		% de N de madres	Frecuencia
Numero de puntuación.	20	2.5	1
	21	2.5	1
	22	7.5	3
	23	10	4
	24	20	8
	25	15	6
	26	30	12
	27	10	4
	28	2.5	1
Total		100	40

Fuente. IMELMaterna 2017.

El 42.5% de las mujeres cuentan con factores del entorno adecuados para desarrollar la adopción del rol maternal, es decir lograr el apego con su hijo, adquiriendo experiencia en su cuidado, experimentando alegría y gratificación. Mientras que el 57.5% no cuenta con los factores del entorno que podrían garantizar la vinculación madre e hijo.

3.2 Discusión

La LM es uno de los factores que más contribuye con la salud y la alimentación de los niños, es considerada como una práctica de mayor importancia en la primera etapa de la vida (OMS, 2015). A pesar de que existen un sinnúmero de recomendaciones por parte de organizaciones internacionales, información por personal de salud y estudios científicos que demuestran los beneficios de una LME hasta los 6 meses, las madres continúan abandonando esta práctica antes de este tiempo recomendado, aproximadamente el 75% de las mujeres estudiadas la abandonaron durante los primeros 5 meses; dato compatible con el resultado arrojado en el estudio de la Ciudad de Lima, Perú (Laghi-Rey, 2013), con un total de 109 mujeres, que indica que el abandono temprano de la LME ocurre aproximadamente en un 70% antes de los 6 meses.

De acuerdo a la ESANUT 2012 el porcentaje de la LME entre los años 2006-2012 fue de 14.5%, considerando a México dentro de los países con los índices más bajos de LME. es decir, sólo 15 de cada 100 niños menores de 6 meses son alimentados de forma exclusiva con la leche de sus madres. Para Isabel Crowley, representante de la Unicef en México, 8 de cada 10 niños son privados de todos los beneficios de esta práctica. Los datos arrojados en esta investigación nos indican una prevalencia del 25% de LME, porcentaje que se encuentra por debajo de los propósitos del sistema de salud, pero por encima de las estadísticas mencionadas (González et al. 2012).

La primiparidad ha sido un factor importante en el abandono de la LME, ya que las mujeres muestran falta de sensibilidad a las señales emitidas por su hijo; esta capacidad materna de reconocer y responder ante una señal de hambre que las madres identifican frecuentemente con llanto, generando sobre-nutrición con la ingesta de fórmulas lácteas (Ortiz, Cárdenas & Flores, 2015). En este estudio el 52% de mujeres son primíparas, teniendo así una frecuencia significativamente más alta de abandono, dato similar con lo obtenido en Lima (Laghi-Rey, 2013), donde el 42.2% de las mujeres eran primíparas.

En las últimas décadas México ha registrado un incremento del número de cesáreas practicadas, que superan con mucho el límite máximo recomendado por indicación médica. Para la OMS, la cesárea necesaria que se estima indispensable es de un 10 a 15% en los partos o de un 15 a 20% según la NOM-007; ubicándonos así en el cuarto lugar con mayor número de cesáreas innecesarias (González et al. 2012). El 70% de las mujeres en esta investigación resolvieron su embarazo mediante una cesárea, este procedimiento es una urgencia obstétrica que salva vidas, sin embargo, el abuso indiscriminado de esta cirugía puede ocasionar problemas de retraso en la subida de leche, el cuerpo no está preparado para lactar ya que no ha recibido los estímulos hormonales que le permiten facilitar este proceso (Padro, 2013).

A pesar de que para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) las barreras más documentadas hacia la LME son la percepción de producción insuficiente de leche, la falta de confianza en la LME para nutrir al bebé durante los primeros 6 meses, la falta de espacios adecuados para extraer leche materna durante la jornada laboral y el bombardeo comercial de las fórmulas. El abandono prematuro continúa siendo una realidad, en esta investigación el motivo principal que refieren las madres es la falta de leche, lo que genera una percepción errónea de producción insuficiente, seguida de una idea como esta, “mi hijo no se llena y se queda con hambre”, situación que se finaliza introduciendo fórmulas lácteas.

Estos hallazgos coinciden con los reportados por López, Martínez y Zapata (2013) en el estudio de la Ciudad de Medellín donde el principal motivo estuvo relacionado con problemas para la producción láctea o hipogalactia; solamente el 5% de estos casos son de etiología primaria, esto quiere decir que el 95% de las madres tiene la capacidad de amamantar a su hijo (Reyes & Martínez, 2015).

La producción láctea adecuada requiere de una integración de componentes, el anatómico, el hormonal, el emocional, pero sobre todo se requiere de un proceso de vinculación entre madre e hijo que va desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento, apoyando por la relación

entre madre y padre, el apoyo de personal capacitado desde el primer momento del nacimiento, durante los primeros meses y siempre que la madre lo requiera, para resolver dudas y problemáticas que se puedan presentar, ya que siempre existirá incertidumbre en la forma de alimentar a sus hijos.

La Norma Oficial Mexicana 043 en el apartado 3.5, establece que una alimentación complementaria inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche humana, para satisfacer las necesidades nutrimentales del niño y se recomienda después de los 6 meses de edad. En esta investigación podemos reconocer que la edad con mayor porcentaje de inicio en que recibieron por primera vez comida los lactantes es de 6 meses o más, con un resultado de 62.5%, dato congruente con las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales que puntualizan a la alimentación complementaria como un periodo de iniciación a partir de los 6 meses en adelante (Romero et. al. 2016).

3.3 Conclusiones

Concluyo que los factores del entorno que con mayor frecuencia determinan el abandono de la LME, son los factores del microsistema, aquellos relacionados con las características maternas, es decir la sensibilidad materna a las señales de hambre y saciedad del infante, el 16% de las madres reconoce que el abandono se llevó a cabo por la falta de leche.

Las señales que con mayor frecuencia identifican las madres son las señales de hambre, en comparación a las señales de saciedad, lo que se relaciona con las practicas maternas inadecuadas de alimentación contribuyendo la sobrenutrición, debido a lactancia mixta.

Convertirse en madre hace referencia a las percepciones de la mujer respecto a su competencia para brindar cuidados al hijo; al establecer su competencia, la madre anticipa el comportamiento del hijo, sabiendo cómo, qué, cuándo y para qué se hace algo, con el fin de obtener el bienestar de ambos. La enfermera debe de contribuir identificando situaciones que dificulten este proceso de adopción del rol materno.

El proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre y los factores del entorno que influyen en la adopción del rol maternal, son el pilar importante para poder brindar una adecuada nutrición al niño desde su nacimiento hasta los primeros seis meses de vida.

3.4 Sugerencias

Hoy existe suficiente evidencia sobre la alta efectividad de LM para la prevención de enfermedades, tanto en la niñez como en la edad adulta. Sin embargo, es necesario el desarrollo de políticas que incidan en la promoción de la LME; al mismo tiempo, que se toma en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes para el desarrollo de esta práctica.

La protección de la LM requiere de una labor coordinada pues su éxito depende de la instrucción y el apoyo ofrecido a las madres, situación que genera un campo ideal para la intervención del personal de enfermería, cuya función puede asegurar el impacto perdurable de los programas de promoción. Ya que este personal presenta mayor oportunidad de contacto con las mujeres en periodo prenatal y posparto, además de impulsar nuevas estrategias como las siguientes:

- Estimular y participar activamente en el cumplimiento de las 10 acciones para una Lactancia Materna Exitosa.
- Extender la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño, al Centro de Salud, con la creación de un grupo local de madres lactantes, que puedan recibir apoyo por parte del personal de salud y de su familia.
- Promover la creación de talleres de lactancia materna, animar a las madres a participar en la resolución de dudas y problemáticas que se pudieran presentar durante la práctica.
- Participar y fomentar la formación teórico- práctica, del personal entendiendo que el rol materno es un proceso interactivo que requiere de diferentes elementos del entorno para su desarrollo y que son indispensables para la adopción de este rol, asegurando así la práctica adecuada de alimentación infantil.

BIBLIOGRAFÍA

- Plascencia M., Villalobos G. & Márquez M. (2012) Cuidados Avanzados en el Neonato. México D.F. Intersistemas.
- Tinoco A. & Caswell A. (2013) Lactancia y Maternidad en México, Retos ante la inequidad, Save the Children en México, recuperado en <file:///C:/Users/Laptop/Downloads/Lactancia%20Materna%20en%20Mexico%20Retos%20Ante%20la%20Inequidad.pdf>
- Alvarado L., Guarín L. & Cañón-Montañez W. (2011) Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. Revista Cuidarte, volumen 2, número 1, recuperado en <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57>
- González T., Escobar L., González L. & Hernández M. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Deterioro de la Lactancia Materna, recuperado en <file:///C:/Users/Laptop/Downloads/DeterioroPraLactancia.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (2001) Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño, recuperado en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa54id4.pdf?ua=1&ua=1
- Reyes H. & Martínez A. (2015). Manual del Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna . México D.F. APROLAM.
- Secretaría de Salud (2014) Manual para Promotores, Estrategia Integral de Atención a la Nutrición para población beneficiaria de PROSPERA, México D.F.
- Organización Mundial de la Salud (2011) Monitoreo y Análisis de las Estrategias Nacionales de Salud, recuperado en http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/MandE_NH_S_spanish.pdf ua=1&ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2003) Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño, recuperado en http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2008) Lactancia Materna, Únete por la Niñez, recuperado en https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html?p=printme

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2014), Todos los Niños y Niñas Cuentan. Revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez, recuperado en <https://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/#statistics>
- Diario Oficial de la Federación (2012) ACUERDO por el que se establece las directrices para fortalecer la política en lactancia materna, recuperado en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5273984&fecha=22/10/2012
- Diario Oficial de la Federación (2016) NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, recuperado en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012), Los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Hidalgo, recuperado en https://www.unicef.org/mexico/spanish/SITAN_Hidalgo.pdf
- Moreno M (2005) Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería, Revista Aquichan, volumen 5, numero 1, recuperado en <file:///C:/Users/Laptop/Downloads/74150105.pdf>
- Cisneros F (2005) Teorías y Modelos de Enfermería, Universidad de Cauca, Popayán Colombia recuperado en <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
- Ortiz R., Cárdenas V. & Flores Y. (2015) Modelo de rol materno en la alimentación del lactante, Revista Index de Enfermería, volumen 5, numero 3, recuperado en <file:///C:/Users/Laptop/Downloads/teorizaciones2.pdf>
- Save the Children (2013) Lactancia y Maternidad en Mexico. Retos ante la Inequidad, México D.F. Fundación Mexicana de apoyo infantil A.C.
- Gonzalez T. & Escobar L. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Evidencia para la política pública en salud, recuperado en <file:///C:/Users/Laptop/Downloads/DeterioroPraLactancia.pdf>
- Fuentes M. (26 de agosto del 2014) Un mal inicio: El abandono de la lactancia. *Excelsior*, Recuperado en <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/08/26/978203#view-1>.
- Reyes H. & Martínez A. (2015) Manual del Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna. México D.F. APROLAM.
- Organización Panamericana de la Salud (1993) Consejería en Lactancia Materna: curso de capacitación, Recuperado en

https://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria__en_Lactancia_Materna.pdf

Ministerio de Salud. (2010). Manual de Lactancia Materna, Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud. Gobierno de Chile. Recuperado en file:///C:/Users/Laptop/Downloads/manual_lactancia_materna.pdf

Asociación Española de Pediatría (2012) Lactancia Materna. Recuperado en <file:///C:/Users/Laptop/Downloads/manual.pdf>

Fernández C., Garrido F., Gutiérrez M., Hurtado F., Martínez E., Martínez M., Martos M., Mesa M., Moraleda M., Parrilla M., Peña M., Revilla E., Rodríguez J., Sánchez B., Sánchez M., Strivens H. & Toral I. (2015) Guía de Lactancia Materna. Granada. Recuperado en www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/.../guia_lactancia.pdf

Consejería de Salud (2010) Guía de Lactancia Materna para Profesionales de la Salud, Gobierno de la Rioja. Recuperado en http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf

Aguilar, F. (2015). Un kilo de ayuda.org.mx. Recuperado en <http://www.diariodemexico.com.mx/combinar-lactancia-materna-y-trabajo-debe-ser-prioritario-unicef/>

Redacción (4 de agosto 2015) Un kilo de ayuda: “Vamos por 18 semanas más; Más lactancia, igual a más desarrollo. Publimetro. Recuperado en <https://unkilodeayuda.org.mx/wp-content/uploads/2016/10/nt2015-forolactanciamaterna.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social & Fondo para las Naciones Unidas (2014) Guía Práctica: Lactancia Materna en el lugar de trabajo, México D.F. Recuperado en <https://www.unicef.org/mexico/spanish/guialactancialess.pdf>

Consejo de Salubridad General (2012) GPC Lactancia Materna: madre con enfermedad tratada con medicamentos, México D.F. Recuperada en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_637_13_LACTANCIAMATERNA/637GRR.pdf

infoSIDA (17 de mayo 2017) Prevención del VIH, Departamento y Servicios Humanos de EE.UU. Recuperado en <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/20/50/prevencion-de-la-transmision-maternoinfantil-del-vih>

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud (2013) Lactancia, Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño y de la Madre, Curso para personal de la maternidad, República de Argentina.

- Recuperado en
https://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_lactancia_2014.pdf
- Comision de Bioseguridad. (3 de Febrero de 1983). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigacion para la Salud. México D.F. Recuperado en
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Jiménez J. (2012) Teorías del Desarrollo III, Edo. De México, Red Tercer Milenio.
- Rice F. (1997) Desarrollo Humano estudio del Ciclo Vital. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2015) 10 Datos sobre la Lactancia Materna, eLENA. Recuperado en <http://www.who.int/elena/about/background/es/>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012), Manual de Lactancia materna, UNICEF Ecuador. Recuperado en <https://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>
- Academia Americana de Pediatría (2012) Lactancia Materna y Alimentación con Leche Humana. Estados Unidos de América. Recuperado en http://www.sids.org.ar/archivos/Lactancia_materna_alimentacion_leche_humana.pdf.
- Manotas R. (2011) Aspectos Claves Neonatología. Medellín, Colombia. CIB 40 años.
- Ministerio de Sanidad (2017) Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia materna. Vitoria-Gasteiz, España. Recuperado en http://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf.
- Pardo M. & Núñez N. (2008) Estilo de Vida y Salud en la Mujer Adulta joven Revista Aquichan, volumen 8, numero 2, recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n2/v8n2a13.pdf>
- Romero E., Villalpando S., Pérez A., Iracheta M., Alonso C., López G. ... Pinacho J. (2016) Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. México, 73 (5)338-356
- Fernández N. (2000) Características de Desarrollo Psicológico del Adulto, Facultad de Psicología, UNAM. Recuperado en <http://www.e-continua.com/documentos/desarrollo%20adultez.pdf>
- Grace C. (2009) Desarrollo Psicológico. Nueva York, Prentice-Hall.

Anexo1. Operacionalización de Variables Demográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	ESTADISTICA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. (Española, 2014)	Son los años que refiere la mujer al momento de recolectar la información.	Cuantitativa	Frecuencia Porcentaje
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (Española, 2014)	Grado académico hasta el cual ha cursado la mujer y que responda durante la encuesta aplicada.	Cualitativa	Frecuencia Porcentaje Media
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio. (Española, 2014)	Actividad que la mujer refiere realiza durante su día.	Cualitativa	Frecuencia Porcentaje Media
Estado Civil	Calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles. (Española, 2014)	Condición actual de la mujer en cuanto a la convivencia o no de una actual pareja.	Cualitativa	Frecuencia Porcentaje
Número total de hijos	Cantidad de personas, provenientes de una mujer como producto de la concepción. (Española, 2014)	Cantidad de hijos consanguíneos vivos, de cada una de las mujeres en estudio.	Cuantitativa	Estadística inferencial Media

Anexo 2. Operacionalización de Variables de Estudio

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR
Factores del Entorno	Independiente	Corresponde al entorno ecológico en el que se desarrolla la adopción del rol materno. Debe existir una adaptación mutua entre la persona y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes donde se incluye los ambientes. (Marriner A. & Raile M., 2011)	Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia, la comunidad, la escuela, el trabajo y la forma en cómo se lleva a cabo el desarrollo de estos ambientes con la adopción del papel maternal.	Microsistema: entorno inmediato, familia, funcionamiento familiar, relaciones entre madre y padre y estrés. Mesosistema: interacción con el microsistema, cuidado diario, escuela y trabajo. Macrosistema: influencias sociales políticas y culturales, el entorno del cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de salud.	Adecuados 26-28 puntos No adecuados 20-25 puntos
Lactancia Materna Exclusiva	Dependiente	La Lactancia Materna Exclusiva es la alimentación con leche del seno materno los primeros seis meses de vida. (OMS, 2015).	Alimentación al Seno Materno Exclusivamente.	Lactancia Materna Exclusiva Lactancia Materna Mixta Alimentación con Formula Maternizada	Eficaz e Ineficaz

Anexo 3. Encuesta Lactancia materna

No.	VARIABLE	ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	CODIGO
1	Centro de Salud	Publico=1; Privado=2	
2	Numero de Encuesta		
3	Edad de la Madre	Años	
4	Escolaridad Materna	Básica incompleta=1; Básica completa=2; Media Incompleta=3; Media completa=4; Universitaria incompleta=5; Universitaria completa=6	
5	Ocupación	Ama de casa=1; Trabajadora=2; Estudiante=3	
6	Estado Civil	Soltera=1; Casada=2; Conyugue=3; Sin pareja=4	
7	Número total de Hijos	Registre solo recién nacidos vivos	
8	Orientaciones previas sobre ventajas e importancia de la Lactancia Materna	Si=1; No=2	
9	¿Cuándo las Recibió?	Antes del embarazo=1; Durante el embarazo=2; Después del parto en la maternidad=3; Después del parto en controles de salud=4; en varios momentos=5; Si se ha recibido información en varios momentos (Destaque todos los números que corresponda).	
10	Principales fuentes de Información	Familia=1; Medico=2; Enfermera=3; Matrona=4; Medios masivos de comunicación=5; Amigos o conocidos=6; Otros=7; Varios=8 (Destaque todos los números que corresponda).	
11	Edad actual del lactante	Edad en meses	
12	Sexo	Femenino=1; Masculino=2	
13	Vía de Nacimiento	Vaginal=1; Cesárea=2	
14	¿Cuál fue la experiencia en sus lactancias previas?	Buena=1; Regular=2; Mala=3; No corresponde, Primípara=4	
15	En esta lactancia hasta que edad le dio solo pecho sin ningún otro alimento	Edad en meses	
16	¿A qué edad empezó a darle agua o jugo?	Edad en meses	
17	¿A qué edad empezó a darle leche artificial?	Edad en meses. Registre 9 en caso que aún no recibe formulas	
18	¿A qué edad empezó a darle comida?	Edad en meses. Registre 9 en caso que aún no recibe comida	
19	¿Hasta qué edad le dio leche materna además de otro alimento?	Edad en meses. Registre la edad actual en caso que aun recibe pecho	
20	Principal motivo por el cual abandonó la lactancia materna o sustituyó/complemento con leche artificial	Enfermedad del niño=1; enfermedad de la madre con utilización de fármacos excretados por la leche materna=2; Enfermedad de la madre relacionada con la mama o el pezón=3; Rechazo del niño al pecho=4; No se llena, queda con hambre=5; Incorporación a la sala cuna=6; Falta de leche=7; Voluntariedad de la madre=8; Inicio de las actividades laborales o estudiantiles=9; Estética=10; Ambiente familiar inadecuado=11; Otros=12	

Anexo 4. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el siguiente documento expreso mi voluntad de participar en el ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD EN LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES DEL CENTRO DE SALUD DE MIXQUIAHUALA HIDALGO, por contar con los criterios de inclusión para dicho estudio y estando debidamente informada sobre el objetivo de esta investigación.

Por lo anterior me comprometo a responder con voluntariedad y veracidad a cada una de las interrogantes planteadas del cuestionario que se me entregara antes o durante el tiempo de espera en la consulta externa del centro de salud; solicitando que todos mis datos proporcionados se mantengan en confidencialidad.

Firma del Participante.

Firma o huella del Testigo.

Gracias por su colaboración.