



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

---

---

**TESIS**

**CONOCIMIENTOS Y FACTORES SOBRE LACTANCIA  
MATERNA EN MUJERES DURANTE EL PERIODO DE  
PUERPERIO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA  
SELENE ALONSO LOPEZ**

**ASESOR  
M. EN. A.S.S. VICENTA GÓMEZ MARTÍNEZ**

**REVISORES  
MTRA. YOLANDA MONTES DE OCA RAMÍREZ  
DRA. EN ENFERMERÍA. CLEOTILDE GARCÍA REZA**



**TOLUCA, MÉXICO; MARZO 2017**

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	11
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	13
<b>OBJETIVOS</b> .....	15
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	16
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
<i>Capítulo 1. Lactancia materna</i>	
1.1 Historia de la lactancia materna .....	28
1.2 Concepto y generalidades .....	33
1.3 Leche materna y composición .....	35
1.4 Beneficios de lactancia materna .....	37
 <i>Capítulo 2. Anatomía y fisiología de la glándula mamaria</i>	
2.1 Glándula mamaria .....	40
2.2 Estructura interna .....	40
2.3 Estructura externa .....	41
2.4 Regulación, síntesis, secreción y expulsión de leche .....	42
 <i>Capítulo 3. Puerperio y técnica de amamantamiento</i>	
3.1 Puerperio .....	45
3.2 Producción y secreción láctea .....	46
3.3 Técnica de amamantamiento .....	51
3.4 Intervención de enfermería y lactancia materna .....	53
 <i>Capítulo 4. Marco normativo de la lactancia materna</i>	
4.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos .....	56
4.2 Ley General de Salud .....	57

	<b>Pág.</b>
4.3 Iniciativa Hospital Amigo del Niño-----	59
4.4 Normas Oficiales Mexicanas que sustentan la lactancia materna-----	61
<b>RESULTADOS</b> -----	64
<b>DISCUSIÓN</b> -----	81
<b>CONCLUSIONES</b> -----	84
<b>SUGERENCIAS</b> -----	86
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> -----	88
<b>ANEXOS</b> -----	94

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es la alimentación al seno materno; se brinda al lactante de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y de forma complementaria hasta los dos años de edad, es recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (Trinidad, 2009)

Es el único alimento que permite transmitir defensas de la madre al lactante, fortaleciendo el binomio y proporcionando beneficios; en el lactante contribuye a prevenir enfermedades respiratorias y gastrointestinales, propicia el crecimiento adecuado tanto físico, cognitivo y mental. En la madre, evita hemorragias post-parto, previene el cáncer de mama, de ovario, osteoporosis y ayuda a la involución uterina.

A nivel mundial se estima que solamente el 35% de los lactantes recibe leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; la mayoría reciben algún otro alimento o líquido en los primeros meses. Se ha encontrado que los factores para dejar la lactancia materna son: razones sociales, económicas y culturales. (Borre, Navarro y González, 2014)

Según datos proporcionados por el UNICEF, México como país ocupa el último lugar en lactancia materna en niños y niñas antes de los seis meses de edad. México ha pasado por un proceso en el cual ha dejado de practicar la lactancia materna, debido al crecimiento económico, la urbanización, y el impacto de la incorporación de la mujer a la fuerza del trabajo.

Recientemente la sociedad y la cultura del biberón se han considerado uno de los principales factores determinantes para el abandono de la (LM) junto con prácticas hospitalarias erróneas, la desinformación del personal de salud, publicidad en la fórmula artificial y la incorporación de la mujer al mercado laboral. (Álvarez, 2013)

Si bien lo más importante para las madres es el apoyo que pueda brindársele para decidir y llevar a cabo la lactancia materna de forma exclusiva, el personal de salud debe conocer las ventajas, técnica de amamantamiento, la conservación de la leche si la madre tiene que incorporarse tempranamente el trabajo. A la madre de familia y su entorno siempre hay que proporcionarle alternativas para que su hijo (a) reciba únicamente leche materna. (Crowley, 2015)

Esta investigación tuvo como sujeto de estudio a mujeres puérperas atendidas en un hospital mexiquense, con la finalidad de identificar los conocimientos que poseen acerca de lactancia materna, así como los posibles factores que desde la mirada de estas mujeres las conducen a dejar de amamantar a sus hijos. De acuerdo a la metodología aplicada, el tipo de investigación es de enfoque cuantitativo, centrado en un estudio descriptivo de corte transversal. El estudio se realizó en un Hospital Mexiquense del Estado de México en el año 2016, con una muestra de 76 mujeres en periodo de puerperio, que cumplían con los criterios de inclusión para participar en este ejercicio de generación y aplicación del conocimiento; se utilizó como método la encuesta y se trabajó con un cuestionario de elaboración propia formado por 25 ítems; el procesamiento de datos se apoyó en el software Microsoft Excel.

De acuerdo al marco teórico; está compuesto por cuatro capítulos que a continuación se describen.

**Capítulo 1.** *Lactancia materna*; se explora la transcendencia de antiguas civilizaciones en la práctica de lactancia materna hasta la actualidad. Esto seguido de definiciones en cuanto a lactancia materna exclusiva, complementaria y leche materna. Además de la composición que tiene la leche humana para ser la mejor fuente de nutrientes que el lactante necesita durante su etapa de vida.

**Capítulo 2.** *Anatomía y fisiología de la glándula mamaria*; se proyecta la función e importancia que tiene en la producción de leche humana, seguido de la estructura

interna y externa así como la aportación de hormonas en este proceso de producción láctea.

**Capítulo 3.** *Puerperio y técnica de amamantamiento*; se explora la definición de puerperio, en relación a la producción y secreción láctea, además de la técnica correcta para llevar a cabo una lactancia materna eficaz y la aportación que tiene el personal de enfermería en la lactancia materna.

**Capítulo 4.** *Marco normativo de la lactancia materna*; se presenta la aportación de la constitución política de los estado unidos mexicanos, la ley general de salud, junto con la iniciativa hospital amigo del niño y la madre, además de las normas oficiales mexicanas que rigen la práctica de lactancia materna.

Como parte de los resultados se destaca que las mujeres encuestadas son madres jóvenes y adultas, cuya edad oscila entre 15 y 36 años, aunque predominan las de 16 años, este grupo representa el 10% de la muestra. Su ocupación principal es ser ama de casa (74%), aunque hay quienes son estudiantes (24%); en cuanto al estado civil están en unión libre (62%), pero (14%)son madres solteras; su escolaridad es de estudios de secundaria (51%) y 14% con bachillerato, pero una quinta parte de la muestra solo tiene estudios de primaria.

En cuanto al número de hijos, el 89% de las mujeres puérperas tiene de uno a tres hijos, destaca que el (46%) es su primer hijo, hecho que remarca la importancia de trabajo educativo y de sensibilización en torno a las bondades y uso exclusivo de la lactancia materna a cargo del profesional de enfermería.

De acuerdo a las conocimientos (46%) corresponde al nivel medio debido a que el personal de salud (personal de enfermería y personal médico) adscrito al Hospital Municipal Jiquipilco capacita a la mujer embarazada en cuanto a lactancia materna.

Los resultados muestran semejanza con estudios realizados a nivel nacional e internacional, como por ejemplo la edad de las mujeres estudiadas, estado civil, nivel educativo conocimientos de LM e información prenatal en lactancia materna. El contacto piel a piel en relación a la práctica exitosa de amamantamiento.

La lactancia materna es la forma ideal de proporcionar los nutrientes necesarios al lactante y el personal de enfermería es indispensable en el proceso de lactancia materna posterior al nacimiento del infante para fomentar en las mujeres puérperas la práctica eficaz en lactancia materna.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna es la alimentación de leche del seno materno. Es un alimento único que permite transmitir defensas de la madre al niño, y fortalece el vínculo afectivo madre-hijo. La Organización Mundial de la Salud OMS y el UNICEF recomiendan como impredecible la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y complementaria hasta los dos años de edad. (Trinidad, 2009)

A nivel mundial únicamente el 35% de los lactantes son amamantados durante sus primeros 6 meses de vida, situación que aumenta el riesgo de enfermedades en los lactantes, porque la leche materna contiene todo lo necesario para la protección inmunológica del infante.

De acuerdo al Informe Mundial sobre el Estado de Infancia 2010 del UNICEF, la LM óptima, salva cada año la vida de un millón de niños y niñas menores de 5 años y mejora sustancialmente la calidad de vida de millones y millones. A pesar de la importancia que tiene la LM exclusiva, no se ha logrado mantener dentro de los periodos recomendados mundialmente por la OMS y el UNICEF. Situación que genera preocupación por ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de morbilidad y mortalidad en el infante. (Borre, Navarro y González, 2014)

Diversos estudios realizados a nivel mundial, muestran que la falta de lactancia materna exclusiva, ha producido 1.06 millones de muertes por año; pero también resaltan que uno de los aspectos prioritarios y fundamentales que se debe fortalecer, es la educación sobre lactancia materna en las madres de familia. El asesoramiento y los apoyos adecuados en materia de lactancia materna son esenciales para que las madres y las familias inicien y mantengan prácticas óptimas de amamantamiento.

En México cada año nacen 2.4 millones de niños y niñas, de los cuales solo 1 de cada 7 goza de los beneficios de la lactancia materna exclusiva.



Datos presentados durante el 2º Foro Nacional de Lactancia Materna en México, la LM en el país comienza por debajo de las recomendaciones de la OMS y disminuye aceleradamente con la edad del niño. Tan solo poco más de un tercio de los niños son puestos al seno materno en la primera hora de vida y la práctica de cualquier tipo de lactancia antes del primer mes de vida del niño es solo el 81% y desciende rápidamente al 55% a los seis meses. Por otro lado, la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses mostró un descenso de casi 8 puntos porcentuales entre los años 2006 y 2012, al pasar del 22.3% al 14.4%, respectivamente. (UNICEF, 2014)

En el año 2015 el UNICEF, declaró que México ocupa el último lugar en lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del lactante, el promedio regional es de 37.9% y en el país se ubica en el 14.4%. Las madres refieren que las razones o causas son: desconocimiento o poco apoyo antes y después del parto, para iniciar y establecer la LM. Datos proporcionados por el UNICEF demuestran que la lactancia materna ha disminuido debido a múltiples factores debido a la comercialización de sucedáneos de leche materna y publicidad contraria hacia la lactancia, así como las condiciones favorables del mercado laboral para que las madres amamanten a sus hijos. (Desarrollo Integral de la Familia, 2015)

En 2016 a nivel estatal se provee disposiciones al fomento de la lactancia materna, se busca que sea el alimento exclusivo durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido y sea un complemento avanzado hasta el segundo año de vida.

**Por tal motivo surge la siguiente interrogante:**

¿Cuáles son los conocimientos sobre lactancia materna y los factores predisponentes para dejar de amamantar a sus hijos en las mujeres que cursan el periodo de puerperio?

## JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es el primer alimento esencial que se brinda al recién nacido de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y de forma complementaria hasta los dos años de edad. (Ortega, 2015)

Ortega (2015), Neonatóloga del Instituto Nacional de Pediatría menciona: que la lactancia materna es el único alimento que tiene una influencia biológica y emocional sobre la salud de la madre y su hijo. Protege a los lactantes de enfermedades respiratorias y gastrointestinales por sus propiedades en la prevención de infecciones.

Crowley (2015), representante del UNICEF en México menciona: que la lactancia materna exclusiva es esencial para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, además de ser el mejor alimento, ofrece grandes beneficios para la salud física y emocional de las madres.

Aréstegui (2014), Pediatra Neonatólogo menciona: que en los establecimientos de salud se debe favorecer el inicio de la lactancia materna en la sala de parto; además que los problemas de salud de la madre por el parto no deben ser impedimento para iniciar la lactancia materna. Los estudios refieren que es más rápida por la acción de la oxitocina.

La Dra. Aurora Martínez González, Vicepresidenta de APROLAM (*Asociación Pro Lactancia Materna*) menciona: que el embarazo es un reto para el organismo que generalmente concluye en un final feliz, con madre e hijos sanos, pero lamentablemente todavía hay situaciones en las cuales ocurre una muerte materna. Algunas causas frecuentes son: enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia e infección. En algunos de estos casos la lactancia materna puede ayudar a prevenir la mortalidad materna postparto. (Crowley, 2015)

El UNICEF menciona: que lo más importante para las madres es el apoyo que pueda brindársele para decidir y llevar a cabo la lactancia materna de forma exclusiva, el personal de salud debe conocer las ventajas, técnica de amamantamiento, la conservación de la leche si la madre tiene que incorporar tempranamente al trabajo. A la madre y su entorno siempre hay que darle alternativas para que su hijo(a) reciba únicamente leche materna. (Crowley, 2015)

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño, la Niña y la Madre para lograr una lactancia materna eficaz; externa que el profesional de enfermería es indispensable en el proceso de la lactancia, porque capacita a la mujer embarazada y a familiares acerca de LM, ayuda a la paciente a iniciar la lactancia media hora posterior al nacimiento del neonato, además de enseñar a mujeres las técnicas de extracción manual de leche por el motivo que tengan que dejar a los lactantes por algún tiempo, debido a complicación de salud del lactante o en la propia paciente. (Ortega, 2015)

Por otro lado, la revisión de literatura y la exploración en campo coadyuva para el profesional de enfermería comprenda la trascendencia de la lactancia materna y el rol que juegan las y los enfermeros para se haga realidad la lactancia materna exclusiva y con ello contribuir en el mediano y largo plazo en la disminución de los índices de sobrepeso y obesidad que hoy día son un factor de preocupación en la población mexicana.

La contribución del profesional de enfermería en el proceso de lactancia materna exclusiva es capacitar a la madre de familia y desarrollar acciones de promoción y educación para la salud encaminadas a la disminución de la desnutrición infantil y disminución de los índices de morbi-mortalidad infantil del menor de cinco años.

## OBJETIVOS

### **General:**

Identificar los conocimientos en lactancia materna en las mujeres puérperas, atendidas en un Hospital Mexiquense del Estado de México.

### **Específicos:**

Describir las características sociodemográficas en las mujeres atendidas un Hospital Mexiquense del Estado de México.

Identificar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna poseen las mujeres puérperas atendidas un Hospital Mexiquense del Estado de México.

Identificar los factores para dejar de llevar a cabo las lactancias maternas atendidas un Hospital Mexiquense del Estado de México.

## MATERIAL Y METODOS

El diseño del estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, efectuando una sola medición del objeto de estudio.

Se propuso explorar los conocimientos en lactancia materna, además de conocer los posibles factores predisponentes que poseen las mujeres en periodo de puerperio atendidas en un Hospital Mexiquense del Estado de México, que les conducen a dejar de llevar a cabo la lactancia materna. Esta investigación se vincula al Cuerpo Académico (en formación) denominado: Enfermería y Cuidado a la Salud. Clave UAEM-CA-169.

### **Población:**

Mujeres que ingresen al servicio de alojamiento conjunto del Hospital Municipal “Hermenegildo Galeana”, ubicado en el Municipio de Jiquipilco Estado de México, en el mes de septiembre del año 2016.

### **Muestra:**

Muestra no probabilística, a conveniencia, formada por 76 mujeres que asistieron al momento del trabajo de parto al Hospital Mexiquense, durante el lapso establecido para la colecta empírica de información. (Mes de septiembre del año 2016).

**Figura 1. Perfil de la muestra**

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Mujeres de post-parto(puerperio inmediato y mediato)	Mujeres de post-cesárea
Mujeres mayores de 14 años de edad	Mujeres menores de 14 años de edad
Condición de salud <b>estable</b>	Condición de salud <b>grave</b>

Gesta indefinible	No tener hijos
Cualquier tipo de ocupación, estado civil o nivel educativo	
Aceptar participar en el estudio de investigación	Rechazo al participar en la investigación
Vivir en Jiquipilco o en alguna localidad perteneciente a este municipio	Mujeres que no residen el municipio de Jiquipilco
Mujeres que tuvieron control prenatal y que fue atendido su parto en el Hospital municipal "Hermenegildo Galeana" establecido	Mujeres que no tuvieron control prenatal y no fue atendido su parto en el Hospital municipal "Hermenegildo Galeana" establecido

**Método: Encuesta**

**Instrumento:**

Cuestionario de elaboración propia, compuesto por tres dimensiones o apartados: datos personales, datos relacionados con los embarazos previos y conocimientos sobre lactancia materna.

*Definición de las dimensiones del cuestionario.*

Datos personales: Implican información inherente a una persona y como tal permite identificarlo.

Embarazo previo: Para la OMS, es el periodo comprendido desde la fecundación del ovulo hasta la expulsión del feto y sus anexos. Se registrara el número de embarazos que fecundo la mujer puérpera que participa en este estudio.

Conocimientos: Información adquirida por una persona a través de la experiencia o la educación, comprensión teórica o práctica de un acontecimiento real.

El cuestionario se compone de 25 ítems de opción múltiple, distribuidos de la siguiente forma:

**Datos personales.**

**Datos relacionados al embarazo previo.**

**Conocimientos sobre lactancia materna posterior al parto.**

### **Datos personales**

Edad: Mujeres a partir de 14 años de edad en adelante.

Ocupación	Estado civil	Nivel educativo
Ama de casa	Unión libre	Primaria
Estudiante	Casada	Secundaria
Profesionista	Sotera	Preparatoria
		Profesional
		Ningún estudio

### **Datos relacionados a su embarazo previo**

La sección está formada por 5 ítems de opción múltiple, con relación al embarazo previo, de cada una de las mujeres participantes en la investigación, se explora lo siguiente:

Número actual de embarazo

Número total de hijos vivos

Capacitación prenatal en lactancia materna por parte del personal de enfermería y personal médico.

Antecedentes del inicio de lactancia materna

Posibles factores para no llevar a cabo la lactancia materna.

### **Conocimientos en lactancia materna posterior al parto.**

La sección está formada por 20 ítems, con respuestas de opción múltiple, sobre conocimientos en lactancia materna que poseen las mujeres puérperas y los posibles factores para que la mujer deje de amamantar a su hijo(a). En esta dimensión del cuestionario se evalúa lo siguiente:

¿Se ofrece leche materna al infante?

Edad recomendada del lactante para ofrecer leche materna de acuerdo a la OMS y el UNICEF

Definición de lactancia materna exclusiva

Edad recomendada del lactante para ofrecer leche materna exclusiva, de acuerdo a OMS y el UNICEF

Definición de alimentación complementaria

Edad recomendada del lactante para brindar alimentación complementaria, de acuerdo a OMS y el UNICEF

Definición de calostro

Beneficios de la LM para el infante

Beneficios de la LM para la mujer puérpera

Técnica correcta de amamantamiento (postura y posición de amamantamiento)

Especificaciones de amamantamiento

Frecuencia de amamantamiento en el infante

### **Anexos**

Incidencia del contacto piel a piel posterior al nacimiento del recién nacido por parte del personal de salud (enfermería y médico).

Posibles factores por lo que no se llevó a cabo el contacto piel a piel posteriormente al nacimiento del recién nacido.

Inicio de la lactancia materna media hora posterior al nacimiento del bebé con apoyo del personal de enfermería.

Opinión personal y los posibles factores para brindar fórmula de leche



### *Identificación de conocimientos*

Para identificar los conocimientos en lactancia materna, se evaluó cada cuestionario, dependiendo el número de respuestas correctas que se tuvieran el cuestionario. El número total de respuestas correctas corresponde a 15. Se formaron 3 grupos o categorías: Nivel alto, medio y bajo con las siguientes puntuaciones:

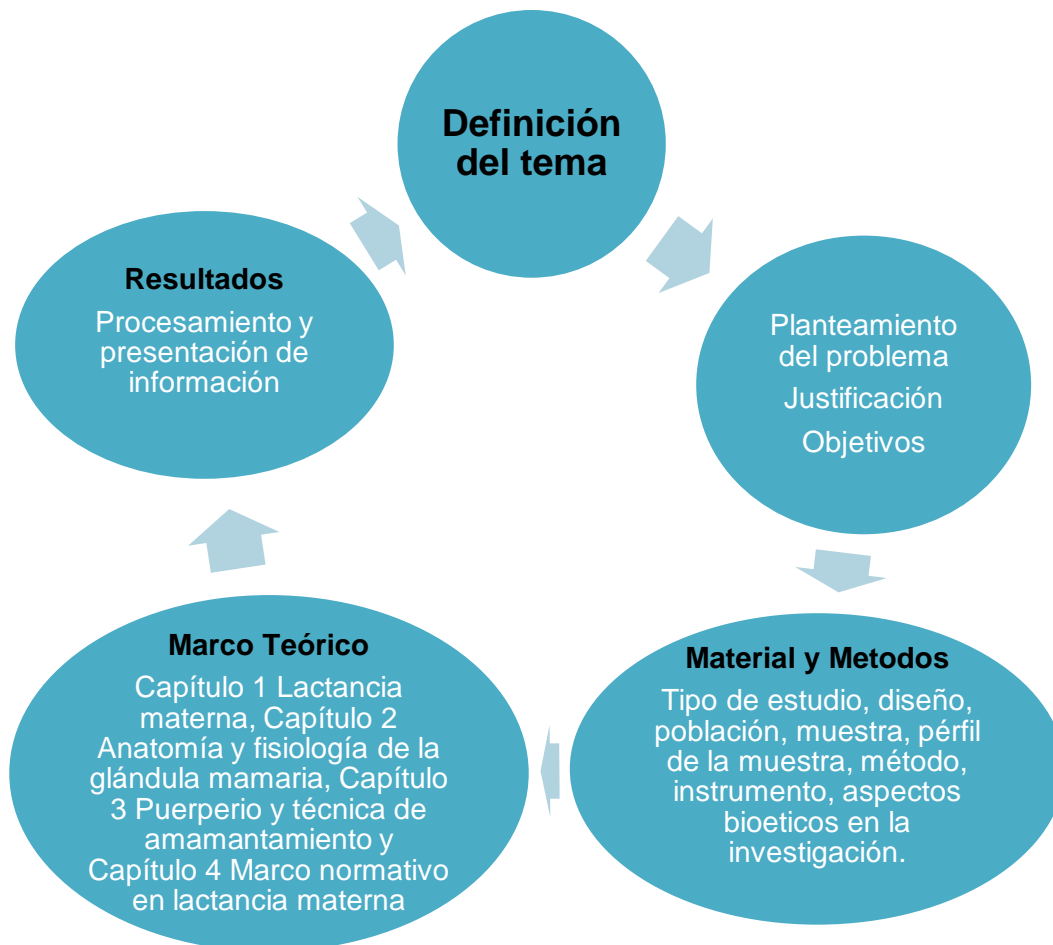
Nivel alto= 13 a 15 respuestas correctas

Nivel medio= 10 a 12 respuestas correctas

Nivel bajo= menor de 10 respuestas correctas

### **Procedimientos**

#### **a). En la gestión de la investigación**



## **b). En la colecta de la información de campo**

Se realizó una prueba piloto, posterior a esta recolección de datos se procesó la información y se buscó la coherencia con el objetivo general de la investigación. Después se hicieron las correcciones al cuestionario quedando formado por 25 ítems.

## **c). Para el procesamiento, análisis e interpretación de información**

### **Método estadístico**

Recolección de la información:

Se acudió al hospital municipal al servicio de alojamiento conjunto durante el mes de septiembre 2016, se obtuvo un número total de 76 cuestionarios, es decir formado por 76 mujeres puérperas encuestadas. (Anónimo, (s.f))

Elaboración de datos:

Al obtener el número total de cuestionarios en el periodo establecido para la recolección de información se realizaron las siguientes actividades:

#### *Revisión de la información recolectada*

Se revisó cuestionario por cuestionario, con el objetivo de verificar que cada ítem tuviera respuesta, además de confirmar el número total de cuestionarios aplicados.

#### *Clasificación y computación de datos*

Los datos se clasificaron de acuerdo al tipo de variable, posteriormente se realizó el computo de la información mediante frecuencia y porcentaje. Se utilizó Software Excel para un mejor procesamiento de la información.

#### *Presentación de la información:*

La información se representó en cuadros y gráficas con el fin de identificar a simple vista la incidencia en las respuestas y posterior los conocimientos en LM.

Análisis e interpretación

Con el fin de lograr el objetivo planeado en el proyecto de investigación, se analizó la información obtenida mediante el cuestionario. Posteriormente se analizaron las Gráficas en el programa Software Excel, para un mejor procesamiento de datos.

### **Aspectos bioéticos de la investigación**

1.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para Salud:

*Artículo 3.* La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al:

Conocimiento de procesos biológicos y psicológicos en seres humanos.

Conocimiento de vínculos entre la causa-enfermedad, práctica médica y la estructura social.

Prevención y control de problemas de salud.

Conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente de salud.

Estudio de técnicas y métodos que se recomiendan o empleen para la prestación de servicios de salud. (Reglamento de la Ley General de Salud, (s.f))

### **Investigación en seres humanos**

*Artículo 13.* En toda investigación en el ser humano que sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a la dignidad y la protección de sus derechos humanos y bienestar.

*Artículo 14.* La investigación en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

Sujetarse a principios científicos.

La investigación podrá realizarse cuando el conocimiento que se pretenda producir, sin que se obtenga por otro medio idóneo.

Consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación.

La investigación deberá realizarse por profesionales de salud que se refieren al artículo 114, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una institución.

Bajo la supervisión de autoridades sanitarias competentes y que cuenten con recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

*Artículo 17.* Se considera como riesgo de investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, en los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros.

*Artículo 18.* El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño al sujeto investigado

*Artículo 19.* Es responsabilidad de la institución de atención en salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviera relacionado directamente con la investigación

*Artículo 21.* El consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprender, por lo menos sobre los siguientes aspectos:

Justificación de investigación, objetivos, procedimientos a utilizar, molestias o riesgos esperados, beneficios, procedimientos alternativos, garantía de recibir respuesta y aclaraciones de cualquier duda, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, seguridad en la identificación, gastos adicionales.

*Artículo 22.* El consentimiento informado deberá formularse por escrito.

**Capítulo IV.** Investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, Puerperio, lactancia, recién nacidos; el uso de embriones, óbitos, fetos y de la fertilización asistida

*Artículo 43.* Para realizar investigaciones en mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia; en nacimientos vivos o muertos, la utilización de embriones, óbitos o fetos; y para la fertilización asistida, se requiere obtener la carta de consentimiento informado de la mujer.

*Artículo 50.* La investigación es mujeres de puerperio se permitirán cuando no interfiera con la salud de la madre y del recién nacido.

*Artículo 51.* La investigación en mujeres durante la lactancia materna será autorizada cuando no exista riesgo para el lactante o cuando la madre decida no amamantarlo y se obtenga consentimiento informado. (Reglamento de la Ley General de Salud, (s.f)

2.- Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012, Que establece criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos

Establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el Reglamento en materia de

investigación para la salud, es de observancia obligatoria en la autorización de proyectos, protocolos de investigación, para el empleo en seres humanos.

Es además de observancia obligatoria para todo profesional de salud, institución o establecimiento para la atención médica del sector público, social o privado, que pretendan llevar a cabo o realicen actividades de investigación. (Norma Oficial Mexicana 012, 2013)

**Generalidades:**

La secretaria, para el otorgamiento de autorización de la investigación para la salud en humanos conforme al objetivo y campo de aplicación, deberá corroborar que al protocolo de investigación, prevalezcan criterios de dignidad del sujeto, protección a la salud, bienestar y conservación de la integridad física. Debe garantizar no exponer al sujeto de investigación a riesgos y los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, inherentes a la maniobra experimental. (Norma Oficial Mexicana, 012, 2013)

En todo protocolo de investigación, se deberá estimar su duración, por lo que es necesario anotar fechas de inicio y termino. El investigador principal, así como los demás profesionales de salud y técnicos de salud que intervengan en una investigación, deberán cumplir de forma ética y profesional acorde a la Ley General de Salud y el Reglamento.

Los expedientes de los sujetos de investigación serán considerados expedientes clínicos. Quien realice una investigación sin ajustarse a las disposiciones de la norma, se hará acreedor a sanciones que establece la Ley General de Salud y su Reglamento.

En los establecimientos del sector público, social y privado, en el que se desarrolle proyectos o protocolos de investigación para la salud, el responsable sanitario,

representante legal o persona facultada para tal efecto, podrá solicitar la evaluación de la conformidad respecto a esta norma, ante organismos acreditados y aprobados para dicho pronóstico. (Norma Oficial Mexicana 012, 2013)

# MARCO TEÓRICO



## *Capítulo 1* *Lactancia materna*

### **1.1 Historia de la lactancia materna**

La leche materna ha sido durante toda la existencia del ser humano, el único alimento que el recién nacido y el infante podían recibir para poder sobrevivir. Así desde la aparición del hombre en la tierra, no se ha concebido otro tipo de alimento para la primera etapa de la vida humana. (Aguilar, 2005)

#### **Aportación cultural A.C**

Durante 40 000 años la lactancia materna ha permitido la supervivencia de la especie humana en durísimas circunstancias. Desde las civilizaciones más antiguas, la clase alta utilizó **nodrizas** para criar a sus hijos. Las nodrizas eran mujeres que amamantaban a los hijos de aquellas madres de clase alta que no querían llevar a cabo la lactancia materna, por el desgaste que producía, lo cual con el tiempo se fue convirtiendo en un trabajo remunerado. (Aguilar, 2005)

El código de Hammurabi 1800 A. C contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero, la alimentación al pecho se debía proporcionar por un mínimo de dos años, hasta un máximo de 4 años de edad del infante. (Hernández, 2008)

#### *Babilonia, India, Egipto y Roma A. C*

En Babilonia la lactancia materna se practicaba hasta que el niño cumplía los tres años de edad, al igual que en la india y en Egipto. En roma se consideraba un honor practicar la lactancia materna: las nodrizas eran elegidas por el faraón, donde gozaban de privilegios hasta obtener altos rangos en la corte del Rey. Aunque se fomentaba la práctica en lactancia materna, esta era asociada al envejecimiento prematuro, desgaste y dilatación del seno materno de las mujeres que tenían a sus hijos. (Hernández, 2008)

Por lo tanto, a todas las desventajas que tenía la mujer al amamantar, era necesario que la nodriza tuviera características especiales como: buena familia, edad entre 25 a 30 años y tener abundante cantidad de leche. A los Romanos se le atribuyó la promulgación de las primeras leyes de protección al infante, en la que el tutelar estaba a cargo de cada niño y de velar por su salud y su buena alimentación. (Hernández, 2008)

#### *Grecia A. C*

Los griegos en especial **Sorano de Éfeso**, considerado el padre de la puericultura, aseguraba que el destete debía realizarse pasado los dos años o tres años de iniciar la lactancia, donde surge también la figura de la nodriza, que al ser solicitada por la clase alta, no solo para poder acceder a un mejor nivel social, si no que la familia que la contrataba adquiría cierto prestigio en su comunidad, al proporcionar un lujo que no cualquiera podría acceder. Los infantes crecían más sanos y más fuertes, muchos de estos niños serían guerreros en algún futuro. (Hernández, 2008)

#### *India y China, A.C*

En la India el primer texto de lactancia materna fue en el año 500 A.C. Fue mandado a hacer por el Rey Asoka. En China por orden del emperador se escribe un libro llamado **Estatuto de la Medicina**, el cual establece que la lactancia debía darse por lo menos dos años después del nacimiento o hasta que se diera un nuevo embarazo en esa mujer. (Aguilar, 2005)

Es importante el rol que ha cumplido la mujer y el poder que ha ejercido la misma en diversas culturas a través de la lactancia materna. Por medio de sus propios hijos o de otras mujeres, pues no solo desarrollo un tipo de economía si no que se convirtió en un habitual medio de supervivencia. (Hernández, 2008)

### **Incorporación de sucedáneos en el siglo XX**

En el siglo XX se inicia el experimento nutricional sin control previo; consiste en la alimentación del lactante con **sucedáneos de leche materna**, elaborados industrialmente a partir de leche de vaca. Estos sucedáneos permitían a la madre de familia incorporarse nuevamente al trabajo, evento promovido por el movimiento feminista, dando término al trabajo de las nodrizas, este suceso se consideró un gran éxito. (Geijo, 2005)

En muchos países más de una generación de mujeres se perdió la cultura de lactancia materna natural transmitida de madres a hijas. En los países menos desarrollados produjo cientos de miles de muertes. En 1956 en Chicago se fundó La liga de la leche que hoy en día es el más prestigioso grupo internacional de apoyo a la lactancia. (Geijo, 2005).

La liga de la leche internacional, es una organización no gubernamental que promueve y apoya la lactancia materna con estilo de crianza, que valora la maternidad, lo que tiene como resultado grandes beneficios para la salud física y emocional de la familia. Se fundó en 1956, es miembro del consejo del UNICEF y la OMS, además de ser fundador de la alianza mundial a favor de la lactancia. (Anónimo, sf)

En el año 1981 se aprueba el Código Internacional de Comercialización de sustitutos de leche materna. En 1993 España se adhiere al código internacional. (Geijo, 2005). En 1989 se propone la declaración de *innocenti* donde menciona: todas las madres tienen derecho a amamantar a sus hijos de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad y junto con otros alimentos hasta los dos años. (OMS, UNICEF Y OPS, 2013)

En 1991 se crea la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) que conforma 10 pasos hacia una feliz lactancia natural de acuerdo a la OMS y el UNICEF.

En España solo 13 maternidades han obtenido el galardón IHAN. En Madrid solo un hospital tuvo la IHAN., para el año 2007 más de 20. 000 establecimientos de salud en el mundo fueron designados como Hospitales Amigos. (Geijo, 2005)

En 2002 se propone la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de acuerdo a la Asamblea mundial de la salud. En el año 2004 se propone el plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Se reconoce a la lactancia materna como prioridad de salud pública, su abandono tiene graves consecuencias para la salud materna infantil, propone a los pediatras asumir su responsabilidad en la promoción y puesta en marcha de medidas de apoyo y al abandono de rutinas erróneas.(Geijo, 2005)

### **Lactancia materna en México**

El sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del año (2015) destaca que la historia de la lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad, los beneficios se han documentado por siglos. Además de ser un proceso biológico, es una actividad cultural, que interviene creencias, clase social, etnia, región y educación.

#### *Lactancia materna en la colonización de américa*

Al realizarse la colonización de América, se reconocen métodos para combatir la desnutrición infantil, ya que además de una prolongada lactancia, la alimentación a base de maíz nixtamalizado, era una fuente de calcio después del iniciar el destete. (López, 2012). Posterior a la colonización de américa, empieza a desarrollarse la importancia del vínculo entre madre e hijo, pues las nodrizas desarrollaban una relación muy estrecha con el infante que amamantaban. Esto ocasiono que el uso de las nodrizas quedara aun lado y se diera mayor importancia a la unión madre e hijo, a través de la lactancia materna. (Anónimo, 2005)

En el siglo XVIII, los médicos empezaron en el área de embarazo, parto y posteriormente con el recién nacido. Describían las ventajas y necesidades de llevar a cabo la lactancia materna, dejando a tras el trabajo de las nodrizas. La leche materna se consideró un componente que podía curar a la gente y dar sabiduría. (Castañeda, 1988)

En la década de 1920, los científicos comenzaron a desarrollar fórmulas no lácteas para los niños alérgicos a la leche de vaca, la primera fórmula se evaluó a partir de la harina de soya; se puso a disposición del público en el año 1929. Estos productos fueron evolucionando y los fabricantes comenzaron a hacer publicidad directamente a los médicos. Por lo que en ese mismo año, la Asociación Médica Americana (AMA) formo el comité sobre alimentos para aprobar la seguridad y calidad de la composición de las fórmulas; obligando a empresas de alimentación infantil para buscar la aprobación de la AMA o de la Organización. (Fomon, 2009)

En el año 1940 y 1950 los médicos y los consumidores consideraban el uso de la fórmula como un sustituto popular y seguro de la leche materna, por lo que tuvo un descenso continuo hasta el año 1970. A su vez el DIF (2015) expresa que en 1988 el agresivo marketing de la fórmula en los países en desarrollo contribuyo a la disminución mundial en la práctica de lactancia materna, porque comenzó a anunciarse directamente al público.

### **Actualidad en lactancia materna**

En la actualidad, la duración de LM en México es cerca de 10 meses; cifra estable en tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012. (UNICEF, 2014)

El porcentaje en lactancia materna exclusiva en menores de seis meses bajo entre el año 2006 y 2012 de 22.3% a 14.5%; En la población rural descendió del 36.9% a 18.5%. El 5% de niños menores de 6 meses consumen fórmula y aumento el

porcentaje de niños que consumen innecesariamente agua. Esto es negativo porque incrementa el riesgo de enfermedades gastrointestinales. (UNICEF, 2014)

Según el UNICEF (2014), las madres que nunca iniciaron lactancia materna con sus hijos mencionaron, como razones: el desconocimiento de las ventajas y beneficios para la salud, poco apoyo antes y después del parto para iniciar la lactancia materna. En contraste la alimentación complementaria (AC) en México ha mejorado en calidad y frecuencia. También esta misma fuente manifiesta que el porcentaje de niños que consumen alimentos ricos en hierro oportunamente, la introducción de otros alimentos y la diversidad en la dieta de los niños en el segundo semestre de vida, registro cambios positivos.

## **1. 2 Concepto y generalidades en lactancia materna**

### *Concepto de lactancia materna*

La lactancia materna es la alimentación al seno materno. Es un alimento único que permite transmitir defensas de la madre al niño, a la vez que fortalece el vínculo afectivo entre ambos. La organización mundial de la salud OMS y el UNICEF, recomiendan como imprescindible la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y complementaria hasta los dos años de edad. (Trinidad, 2009)

La LM se considera en la actualidad, la mejor forma de alimentación del recién nacido en los primeros meses de vida; salvo casos excepcionales. El éxito de la lactancia materna se basa en una buena información recibida antes del nacimiento y en aprender correctamente la técnica de lactancia materna en los primeros días de vida. (Viñas, 2000).

Se considera la única manera de proporcionar los nutrientes ideales para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas, es el mejor y único alimento que tiene influencia biológica y emocional sobre la salud de la madre y su hijo. (Ortega, 2015)

Además de ser la fuente nutritiva del recién nacido y lactante en los primeros meses de vida, la LM tiene el objeto de poder evitar la morbimortalidad del infante, en especial por enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias, proporcionando mejoramiento intelectual, prevención de diabetes infantil, obesidad; debido a su elevado contenido de elementos defensivos bio-activos, que intervienen en la protección contra la invasión de agentes patógenos. (Harris, 2007)

#### *Concepto de leche materna*

La leche materna o también llamada leche humana, es la secreción producida por las glándulas mamarias después del calostro, cuya función es alimentar al lactante estando la madre en condiciones saludables, contiene todos los nutrientes que el niño o la niña requieren para su crecimiento y desarrollo en los primeros meses de vida y le proporciona múltiples beneficios como los anticuerpos o sustancias que lo protegen contra infecciones respiratorias y gastrointestinales. (Harris, 2007)

#### *Lactancia materna exclusiva*

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS el niño recibe solamente leche materna durante los primeros seis meses de vida, y no debe recibir ningún otro alimento, o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y jarabes (vitaminas, minerales o medicamentos).

#### *Lactancia materna complementaria:*

La lactancia complementaria es la introducción de alimentos al lactante acompañada por leche materna. La OMS y la Asociación Española de Pediatría recomiendan introducir alimentos complementarios a partir de los seis meses de vida del infante, mientras se continúa con el amamantamiento frecuente y la demanda hasta los dos años de edad. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

Además esta misma fuente menciona que la lactancia materna contiene grandes cantidades de componentes inmunológicos que realizan en el niño una función protectora contra virus, bacterias y parásitos, causantes de la diarrea aguda.

### **1.3 Leche materna y composición**

A nivel nutricional no existe en la actualidad ningún alimento que se pueda comparar con la leche materna. Los alimentos artificiales disponibles en el mercado están basados en leche de vaca modificada para asemejarla a la composición conocida de la leche humana. (Trinidad, 2009)

Los componentes de la LM son principalmente agua, proteínas como componente principal (destaca la caseína y carnitina), carbohidratos y grasas, así como vitaminas, electrolitos y minerales.

#### *Agua: Componente principal*

La leche humana proporciona alrededor de 75 calorías por 100 ml. El principal constituyente de la leche humana es **agua**, el requerimiento hídrico de un lactante es perfectamente satisfecho por la leche materna. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

#### *Proteínas: segundo componente principal*

El contenido proteico es de 0.9%, es de alto valor biológico y su aprovechamiento es muy eficiente. En la fórmula artificial se debe agregar mayor concentración proteica para un efecto similar al de la leche humana. El nivel proteico de la leche materna es derivada del suero, lacto-albumina y del cuajo, caseína, en una relación de 60/ 40. En la leche artificial la relación es de 20/80 y se ha modificado en la fórmula para semejar la relación materna. (Asociación Española de pediatría, 2008).

La **caseína humana** es una proteína presente en la leche materna; es más ligera y menos compacta que la leche de fórmula, lo que permite ser más fácil de digerir.



Su principal función es permitir mayor nivel de calcio y fosforo en la leche materna.

La **taurina** es otra proteína presente en la leche materna, su función no está totalmente aclarada pero parece necesaria en la estabilidad de membranas celulares y en el desarrollo del sistema nervioso. Las proteínas del suero de la leche materna son fundamentalmente: alfa-lacto albumina y lactoferrina. Otros componentes son la lisozima e inmunoglobulina que junto con lactoferrina cumplen importante función inmunológica. (Asociación Española de pediatría, 2008)

La **Carnitina** es una proteína necesaria reemplaza a la glucosa como fuente de energía inmediatamente después del nacimiento. Los recién nacidos alimentados al seno materno tienen mayores niveles de carnitina y de hidratos de carbono.

#### *Carbohidratos y grasas: tercer componente principal*

La **lactosa** es el principal carbohidrato de la leche materna, es indispensable para la absorción de calcio y lípidos. Las grasas son el segundo componente más importante de la leche materna; su concentración varía de 2.5 a 5 gr por 100 ml. Proporcionan el 50% de la energía; la composición de la grasa depende de la dieta y de la etapa de lactancia materna. (Asociación Española de pediatría, 2008)

#### *Vitaminas, enzimas, electrolitos y minerales*

En la LM existen variaciones en concentraciones de diversas vitaminas durante el proceso de lactancia.

Los niveles de vitamina **A, E y C** son adecuados, las enzimas más importantes en la leche materna son: proteasa, amilasa y lipasa; su función principal es facilitar la digestión y absorción de proteínas, almidones y grasas respectivamente. Otros componentes importantes y presentes en la leche materna son los electrolitos y minerales. (Trinidad, 2009)

#### **1.4 Beneficios de la lactancia materna**

La leche materna es el alimento adecuado para el infante, pero no es el único que obtiene beneficios de la lactancia materna. La mujer lactante también recibe beneficios físicos y hormonales. Tiene menor riesgo de sufrir algunos tipos de cáncer, se establece un vínculo afectivo inigualable con su hijo o hija. Junto a las ventajas para la salud de los neonatos y de sus madres también existen beneficios económicos, familiares y ambientales que repercuten en la sociedad. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

#### **Beneficios para el lactante**

Son innumerables los estudios documentados que demuestran que la lactancia materna es la mejor opción para el niño y que los beneficios a corto, mediano y largo plazo son indiscutibles. En el beneficio de la lactancia parece existir un efecto dosis-respuesta, a mayor duración mayores ventajas. (Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, 2009)

Los neonatos nacen con la habilidad innata para encontrar el pezón, adherirse y alimentarse, está en la capacidad de succionar el pezón de su madre desde la primera hora de nacimiento, el contacto piel a piel facilita el éxito de la lactancia materna exclusiva, preparándose madre e hijo para la alimentación durante las primeras horas de vida. El contacto piel a piel ayuda al neonato para que mantenga la temperatura adecuada y pueda regular su frecuencia respiratoria y cardíaca. (Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, 2009)

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del infante reduce el riesgo de enfermedades relacionadas con el medio ambiente (diarrea e infecciones respiratorias), desnutrición, alergias y sensibilización a algunos alimentos, además del riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto como:

Obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, oncológicas entre otras. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

#### *Aporte inmunológico*

El recién nacido adquiere importantes elementos inmunitarios de la leche materna mientras desarrolla su propio sistema inmunológico. Se ha comprobado por numerosos trabajos de investigación que la **Ig A** de la leche humana protege al niño contra la absorción de antígenos alimentarios.

Nuevos estudios demuestran que el desarrollo de tolerancia, control de la inflamación y respuesta a la flora intestinal normal en el neonato están relacionados y unidos a mecanismos inmunes específicos. Al nacer el sistema inmunológico es inmaduro y un factor como es una deficiencia en la nutrición del infante puede llevar a efectos negativos en la salud a largo plazo, la leche materna aporta los nutrientes y elementos que desarrollan el sistema inmunológico de forma adecuada. (Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, 2009)

#### *Desarrollo maxilofacial*

Los niños amamantados con leche materna tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales, presentan una menor incidencia de caries que los niños que reciben biberón durante la etapa de crecimiento. El amamantamiento previene en las disfunciones cráneo-mandibular. (Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, 2009)

#### *Inteligencia*

El desarrollo intelectual está influenciado por la herencia genética y por la presencia de factores ambientales, la leche materna promueve la inteligencia, sin embargo la variación genética (FADS2) en relación al metabolismo del ácido graso, es la principal responsable del coeficiente de la inteligencia en el infante. (Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, 2009)

### **Beneficios para la madre lactante**

Llevar a cabo el amamantamiento tiene a su vez ventajas para la madre lactante en cuanto a su salud: menor riesgo de hemorragia y anemia posterior al parto, porque el útero se contrae más rápidamente y disminuye el sangrado vaginal. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

Recuperación más rápida de peso ganado durante el embarazo, menor riesgo de fracturas óseas y de osteoporosis en el periodo de la post menopausia. Existe una disminución del riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario. (Trinidad, 2009)

### **Beneficios para madre e hijo**

La LM mejora el vínculo afectivo madre-hijo, aumenta la autoestima, trasmite seguridad e implica una relación afectiva y peculiar que permite generar satisfacción y placer en la mujer. Además no genera algún precio económico, se encuentra a temperatura adecuada y no existe la necesidad de esterilizarla, ni errores en su preparación y manipulación. (Trinidad, 2009)

### **Beneficios para la comunidad**

La leche materna es un alimento ecológico que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse; lo que se ahorra energía y evita la contaminación al medio ambiente. Por el contrario, la fabricación y distribución de leche artificial, biberones y todos los utensilios perjudica al medio ambiente. Además la menor incidencia de enfermedades en los infantes amamantados disminuye un ahorro en medicamentos y menor utilidad de los servicios básicos de salud. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

La OMS, la Academia Americana de Pediatría y el Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad del infante y conjuntamente con otros alimentos hasta la edad de 1 a 2 años. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

## Capítulo 2

### *Anatomía y fisiología de la glándula mamaria*

#### **2.1 Glándula mamaria**

La glándula mamaria es una glándula sudorípara, su función principal es la producción de leche para alimentar y proteger al recién nacido posteriormente al nacimiento. (Trinidad, 2009)

Recibe su denominación del vocablo latino: mama y es el único órgano que no está plenamente desarrollado en el momento del nacimiento. Muestra cambios en tamaño, forma y función desde el nacimiento hasta las etapas del embarazo y posteriormente lactancia. La glándula mamaria pasa por fases principales de crecimiento y desarrollo antes de las etapas de embarazo y lactancia: fase intrauterina, fase correspondiente a los 2 primeros años de vida y fase de la pubertad (Lawrence, 2007)

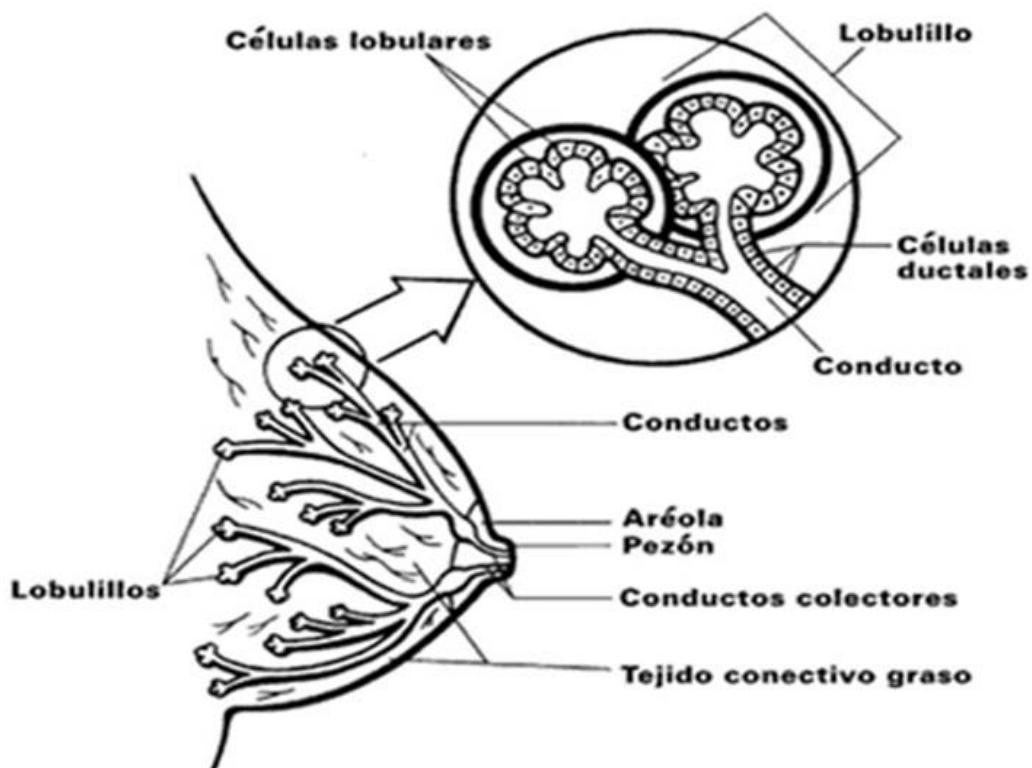
Las mamas están situadas en la pared torácica anterior (en la facia superficial), compuestas de tejido glandular, tejido graso, tejido conectivo de soporte. Anatómicamente se ubican entre la segunda costilla y el sexto espacio intercostal, los ligamentos suspensorios de cooper son los encargados de fijarlas por su parte profunda a la fascia del musculo pectoral mayor y en la parte superficial a la dermis. (Trinidad, 2009)

#### **2.2 Estructura interna de la glándula mamaria**

La mama madura está formada por tres estructuras: piel, tejido subcutáneo y tejido mamario. La mama se considera una glándula secretora, formada por un conjunto de 15 a 20 glándulas pequeñas, cada una forma una unidad llamada glóbulo mamario y que drena hacia el pezón por un conducto llamado lactífero.

Estos conductos están próximos a la aréola y se dilatan para formar los conductos lactíferos, auténticos almacenes de la leche materna. (Aguilar, 2005)

La mama es la unión de numerosas glándulas o glóbulos separados por tabiques conectivos; cada glóbulo está formado por abundantes lobulillos, se encuentra rodeado por tejido conectivo que envuelve a la glándula secretora de la glándula mamaria. Su unidad funcional es el alveolo, cada uno formado por una capa de células glandulares mamarias, que vierten secreción en el interior del mismo, para posteriormente drenar al sistema de conductos que finalizan en el pezón. (Aguilar, 2005)



### 2.3 Estructura externa de la glándula mamaria

#### *Pezón*

Está ubicado en el cuarto espacio intercostal, la piel suele ser muy fina y delgada, la epidermis que lo recubre está formada por un epitelio plano estratificado y

queratinizado; es eréctil ante los estímulos táctiles, sensoriales. Fisiológicamente está formado por glándulas sebáceas y sudoríparas, donde existen abundantes conductos lactíferos que desembocan en el exterior. (Aguilar, 2005)

El pezón está determinado por terminaciones nerviosas y sensitivas. Está formado por musculatura lisa, actúa como soporte de los conductos, senos galactóforos y otros conductos del pezón. Además está rodeado por tejido conectivo móvil lo que resulta fundamental para la erección del pezón, lo que facilita vaciar los senos galactóforos durante la lactancia materna. (Aguilar, 2005)

### *Areola*

La areola es circular y pigmentada, suele medir entre 20 y 60 mm de diámetro, posee numerosas glándulas sebáceas que se muestran como pequeños nódulos bajo la piel. Está formada por músculo liso y fibras elásticas así como de tejido conectivo en forma circular; que aumenta durante el embarazo.

En la areola se ubican los **conductos de Montgomery**, donde se localizan las *glándulas sebáceas, lactíferas y sudoríparas*; estas glándulas crecen durante el embarazo y la lactancia, se encargan de segregar una sustancia que favorece la hidratación de la mama, finalizado el embarazo y la lactancia, la glándula queda en posición de hipo-funcionalidad (Aguilar, 2005)

## **2.4 Regulación de la síntesis, secreción y expulsión de la leche**

La leche materna se produce de forma continua en los alveolos, la producción láctea varía en función de la rapidez de la síntesis de las células alveolares (dependen de la madre) y la eficacia, frecuencia del vaciado (dependen del niño). Entre toma y toma, la leche que es producida durante el proceso de amamantamiento va rellorando los alveolos, conductos y senos galactóforos. (Valdez, 2008)

La eyección láctea se produce por la contracción de la capa miocelular peri-alveolar, inducida por la acción de la hormona oxitocina que empuja la leche a través del sistema de conductos galactóforos a los senos lactíferos, donde vacía el lactante por medio del masaje y la presión negativa que ejerce al succionar. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

Sobre estos dos procesos (producción y eyección) actúan varios sistemas de regulación; **Los centrales**, estimuladores de la producción y eyección láctea., tienen el objetivo de conseguir la mejor diferenciación y funcionamiento de la glándula mamaria. **Los locales**, de acción inhibitoria, ajustan la producción de leche a la demanda específica de él o de los lactantes. Y todos ellos están fuertemente influidos por la succión del niño y otros estímulos sobre el pezón. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

La regulación central de la producción de leche se produce a través de la acción de diversas hormonas; prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormona de crecimiento insulina y suprarrenales (Valdez, 2008)

### **Factores o circunstancias de la glándula mamaria (anatomía y fisiología) que pueden inducir para que la madre no ofrezca leche materna**

El desarrollo natural de la glándula mamaria alcanza su desarrollo durante el embarazo: El sistema de conductos se ramifica y el tejido alveolar está conformado por células productoras de leche (lactocitos), logra un alto grado de diferencia y función. Esto ocurre de manera adecuada en la mayoría de las mujeres quienes al final del embarazo, tienen el potencial de alimentar a su bebé al seno materno de forma exitosa, sin embargo existen algunas consideraciones anatómicas y fisiológicas de la glándula mamaria que puede causar inseguridad en la madre o incluso ser un impedimento real para que no se lleve a cabo la lactancia materna. (Flores, 2011)

Algunos factores que pueden interferir durante el proceso de amamantamiento son:



### *El tamaño del seno materno:*

Es una característica que normalmente genera preocupación a la mujer, con la relación de producción de suficiente leche para su bebé. La apariencia del seno materno no predice la capacidad de leche materna. La cantidad de tejido adiposo no es independiente de la cantidad de tejido glandular, y no se relaciona con el volumen de leche. (Flores, 2011)

### *Forma del seno materno*

El seno materno puede estar invertido, plano, sin embargo al final del embarazo habrá logrado proyección suficiente y estará listo para que la madre inicie la lactancia materna.

### *Problemas anatómicos que reducen la capacidad para iniciar la LM*

El tejido mamario disfuncional o insuficiente, como consecuencia de alguna malformación congénita, como la reducción de la glándula mamaria, o bien indicaciones terapéuticas como las radiaciones. Es común que algunas mujeres no experimenten crecimiento y cambios en el seno materno durante el embarazo, en estos casos se debe seguir de cerca el consumo de leche del infante. (Flores, 2011)

## Capítulo 3

### *Puerperio y técnica de amamantamiento*

#### **3.1 Puerperio**

Proviene del latín: puer (niño), par (parir) + iu: puerperium. Es el período comprendido desde el nacimiento del neonato y el alumbramiento de la placenta hasta el restablecimiento de la fisiología a un estado no gravídico. Se considera que el periodo de puerperio dura de 6 a 8 semanas. (Cabero, 2007)

Es el periodo que sigue de la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómicos y fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado progestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días. (Norma Oficial Mexicana 007, 2016).

Se considera también al período que abarca desde la finalización del parto (producto y placenta) hasta que el organismo materno regresa a su estado basal. (Espinosa, 2009)

#### *Clasificación de puerperio*

**Puerperio inmediato:** durante las primeras 24 horas posterior al nacimiento del neonato, **puerperio mediato:** corresponde del segundo al séptimo día y posteriormente **puerperio tardío:** del octavo día a los 42 días correspondientes. (Espinosa, 2009)

#### *Cambios anatómicos y fisiológicos*

La involución de las modificaciones anatómicas y fisiológicas que se producen durante el embarazo y el parto, la producción de secreción láctea, el reajuste psicológico de la madre y el establecimiento de la relación padre a hijos. El útero después del alumbramiento comienza a contraerse situándose ligeramente por debajo de la cicatriz umbilical y posterior a dos semanas situarse dentro de la pelvis.

El peso del útero disminuye cerca de 1000 gr justo después del parto y 60 gr de 6 a 8 semanas después. El útero se torna suave y blando. El cérvix se contrae lentamente, presentando dilatación de hasta 3 cm en los primeros días y alcanza 1 cm en una semana.

Los loquios posteriores de 2 a 3 días comienzan a diferenciar en dos capas; la primera es una capa superficial que comienza a necrosarse y se desecha mediante una descarga vaginal llamada loquío. La segunda capa más profunda genera una nueva proliferación endometrial. Los loquios presentan las siguientes modificaciones; loquios rojos se presentan del 1 al 3 día y los loquios blancos se presentan después de los 11 días al parto. (Quintanar, 2016)

### **Inicio de lactancia materna**

El incremento de los niveles de estrógeno y progesterona al nacimiento propician la producción de leche. El calostro está presente en los primeros cinco días post parto, posee alta concentración de minerales, proteínas, azúcares y lípidos, así como moléculas con efectos inmunológicos como lactoferrina y lisozima.

El calostro se convierte en leche madura hasta las 4 semanas donde el contenido calórico se encuentra en 70 kcal/100 ml. En una paciente con nutrición adecuada el calostro tiene un contenido menor (55 kcal) por la ausencia de grasa; su principal carbohidrato es la lactosa. Las dos patologías contraindicadas para llevar a cabo la lactancia materna son infección por VIH y tuberculosis activa no tratada. (Quintanar, 2016)

### **3.2 Producción y secreción láctea**

El funcionamiento de la glándula mamaria no depende de las estructuras anatómicas y hormonales propias de la madre, porque se requiere del vaciado activo por parte del lactante. A partir del 5to a 6to mes de embarazo la mama fábrica pequeñas

cantidades de leche y se detecta lactosa y alfa-lacto albumina a esta etapa se le llama *lactó-génesis*. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

La succión al seno materno o la manipulación de la mama se producen en los 40 minutos siguientes, la elevación de prolactina por un estímulo neuro-hormonal, debe ser frecuente este estímulo para mantener elevaciones en la producción de leche, de tal modo que si no se provoca un estímulo en las próximas 8 a 12 horas correspondientes al parto, se crea un retraso en la estimulación láctea. (Fernández, 2010)

### *Producción láctea*

La leche se produce de forma continua en los alveolos, la producción láctea varía en función de la rapidez de la síntesis de las células alveolares (que dependen de la madre) y la eficacia y frecuencia del vaciado que (dependen del niño). Entre toma y toma, la leche producida va rellenando alveolos, conductos y senos galactóforos. (Valdez, 2008)

La eyección láctea se produce por la contracción de la capa miocelular peri alveolar, inducida por la **oxitocina** que empuja la leche a través del sistema de conductos galactóforos a los senos lactíferos de donde la vacía el lactante por medio del masaje y la presión negativa que ejerce al succionar. (Asociación Española de pediatría, 2008)

Sobre estos dos procesos (producción y eyección) actúan varios sistemas de regulación. *Los centrales*, estimuladores de la producción y eyección láctea tienen el objetivo de conseguir la mejor función de la glándula mamaria. *Los locales*, tienen la función de acción inhibitoria es decir ajustan la producción de leche a la demanda del infante. Los sistemas están influidos por succión del infante y por estímulo del pezón. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

### *Intervención de hormonas en la producción de leche*

Para la producción de leche, se necesita la acción de hormonas que actúan en el proceso como: **prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormonas de crecimiento, insulina y suprarrenales.** (Valdez, 2008)

#### **Prolactina**

Es una hormona formada por 199 aminoácidos que se produce en la hipófisis anterior, su función consiste en la estimulación de la leche en la mujer durante el periodo de puerperio. (Fernández, 2010).

Durante el embarazo, en respuesta al aumento de los niveles de estrógenos y progesterona, la hipófisis produce prolactina. Estimula la diferencia de las células alveolares en los extremos de los conductos lactíferos de la glándula mamaria llamados *galactocitos*. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

A partir de la 20 semana de gestación, la prolactina estimula la producción láctea, sin embargo mama gestante no produce leche por la acción de otras dos hormonas; la *progesterona* y el *lactógeno placentario* que por mayor afinidad por estos receptores (inhibición competitiva) impiden la unión de la prolactina a ellos y la producción láctea. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

Posterior al parto, a las pocas horas desaparece el lactógeno placentario (hormona que inhibe la producción de leche) y unos días después disminuye la progesterona, lo que deja vía libre a la acción de la prolactina, permitiendo la actividad secretora de leche sin restricciones. La concentración de prolactina aumenta progresivamente durante el embarazo hasta 200 ng/ml, disminuye unas horas antes del parto y aumenta de nuevo hasta 150 ng/ml después del nacimiento del neonato. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

La liberación de prolactina se produce en pulsos tras diversos estímulos, siendo el más eficaz la succión del pezón (la succión simultánea de los dos pezones y el aumento de intensidad de la succión puede duplicar la producción de prolactina).

El pico máximo de concentración plasmática de prolactina se produce, aproximadamente de 20 a 30 minutos después de la succión. Después del parto si la mujer no lacta, los niveles de prolactina disminuyen los valores previos al embarazo en 2 a 3 semanas (aproximadamente, 10 ng/ml. La prolactina estimula la fase de lactogénesis. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

### **Oxitocina**

Es una hormona encargada de provocar la concentración de las células mioepiteliales para realizar la expulsión de leche. La leche no fluye de forma espontánea hacia los conductos, es decir, no se encuentra disponible para el neonato de forma automática.

Para que esto ocurra y fluya desde los ácinos (ducto donde se encuentra las células productoras de leche), resulta esencial que sean exprimidos por las células mioepiteliales que las rodean, mediante la contracción de estas fibras o reflejo eyectolácteo, producido por la liberación de la oxitocina en la hipófisis anterior. (Fernández, 2010)

La oxitocina se libera por el estímulo del pezón, pos succión o manipulación y en respuesta a estímulos físicos, visuales, sonoros o emocionales. Estos estímulos alcanzan por diferentes vías los núcleos supra ópticos y para ventricular del hipotálamo que libera la hormona oxitocina, esta misma hormona llega a la glándula mamaria por vía sanguínea.

La oxitocina estimula los receptores de las células mioepiteliales, su contracción provoca la salida de leche, facilitando el desplazamiento del conducto hacia el pezón.

Este proceso se produce de forma continua durante la succión y consigue rellenar los conductos a medida que van quedando vacíos. El tiempo entre succión y reflejo de eyección es de 56 segundos con variaciones individuales. La oxitocina segregada durante la lactancia provoca contracciones uterinas destinadas a la recuperación basal posterior al parto. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

El estrés, la ansiedad y otros estímulos físicos repentinos pueden bloquear el reflejo de eyección de la esta hormona, el estrés crónico no lo inhibe, aunque puede retrasarlo. La liberación de oxitocina ha demostrado un vínculo afectivo madre a hijo con efectos a largo plazo. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

### **Progesterona, insulina y corticoides**

La progesterona necesaria para el desarrollo de la mama durante la gestación, desencadena la producción abundante de leche al disminuir bruscamente sus niveles después del parto. La retención de fragmentos placentarios mantiene elevados los niveles de progesterona y retrasa el inicio de la lactogénesis. La presencia de niveles adecuados de insulina, corticoides, hormonas tiroideas y factores de crecimiento es necesaria para el correcto funcionamiento de la mama. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

### *Regulación láctea*

El lactante regula la producción láctea del seno materno, adaptándola a sus necesidades, mediante succión y otros estímulos. (Pérez, 2001)

El inicio de la *lactogénesis II* se produce posterior al parto en concentraciones altas de prolactina y adecuadas de cortisol. Se produce un aumento en la síntesis de los componentes de la leche y esto provoca que la glándula mamaria aumente de tamaño, estén a leve temperatura y dolorosas. Este proceso ocurre después de las 72 horas, en este momento el neonato extrae leche alrededor de 20 cc en cada toma. (Pérez, 2001)

El contacto piel a piel, el inicio de la lactancia materna media hora posterior al parto y una correcta técnica de amamantamiento mejora el inicio de la lactancia materna de corto a largo plazo. Además de favorecer el inicio de LM, ayuda al neonato a regular su temperatura corporal, frecuencia cardiaca y respiratoria. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

### 3.3 Técnica de amamantamiento

El éxito de la lactancia materna depende de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. La lactancia es un periodo fisiológico normal, sin embargo es importante conseguir una técnica y postura correcta. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

#### *Postura*

La postura que adopte la madre dependerá de sus preferencias y de las circunstancias en las que se alimenta al bebe. Pero lo más importante es que la mujer lactante se encuentre cómoda y el agarre al seno materno sea correcto, para lo cual la cabeza y cuerpo del lactante deben de estar alineados. (Asociación Española de Pediatría, 2008)





### **Posición sentada**

Es la más habitual. Conviene utilizar una silla o sofá cómodo. Permite a la madre apoyar firmemente la espalda e incorporarse ligeramente para que el pecho caiga hacia adelante y no quede plano.

### **Posición acostada**

Es la postura de elección si la madre se encuentra casada posterior al parto. La madre se acuesta de lado, lo más cómoda posible, apoyando su cabeza en una o varias almohadas y manteniendo elevado el brazo que queda por debajo; con el otro sujeta al bebé al que coloca en frente, de manera que la cabeza del bebé quede a la altura del pecho.

### **Posición de pelota de rugby**

Es la posición más recomendable para mujeres de post cesárea. Porque el peso del bebé no cae en el abdomen. La cabeza del bebé descansa en una de las manos de la madre y el resto del cuerpo a lo largo del mismo antebrazo, de forma similar a las que emplean los jugadores de rugby para llevar la pelota bajo el brazo mientras corren. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

#### *Agarre*

La madre tiene que acercar al lactante al seno y no inverso. La boca del bebe debe estar abierta con los labios evertidos; el labio inferior abarcando la mayor parte posible de la areola. Su barbilla pegada al pecho y la nariz rosándolo ligeramente; esta posición le permite respirar sin dificultad. (Asociación Española de Pediatría, 2008)



**AGARRE INCORRECTO**



**AGARRE CORRECTO**

Fuente: Asociación Española de Pediatría, 2008.

Cuando la succión produce dolor es un signo de agarre incorrecto, para corregirlo se mueve la barbilla del lactante hacia abajo: abrir más la boca y colocar bien su labio inferior tomando un buen agarre del seno materno. Es una maniobra más recomendable que retirarlo del pecho para que vuelva a succionar. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

El bebé tiene que soltar el seno de forma espontánea, cuando lo rechaza es señal que ha vaciado el pecho y se puede ofrecer el segundo pecho si lo requiere. Cuando por cualquier circunstancia es necesario retirarlo, se recomienda introducir un dedo en la comisura de su boca para que se deshaga el vacío y evite molestias. (Sociedad Venezolana de Puericultura, 2009)

#### *Duración de la toma*

La lactancia materna debe ser a libre demanda siempre que el lactante lo requiera. No se debe seguir un horario rígido, cada lactante tiene un ritmo diferente. La cantidad de leche irá aumentando durante los primeros días hasta llegar a regularse y adaptarse a las necesidades alimentarias del infante. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

### **3.4 Intervención de enfermería y lactancia materna**

El personal de enfermería asume un papel normalizador y regulador en la práctica de lactancia materna, siendo considerada importante para el establecimiento del estándar de la alimentación. (Carvalho et al., 2011)

El enfoque de la leche materna aporta beneficios nutricionales, inmunológicos, emocionales y fisiológicos para el niño, el profesional de enfermería debe poseer conocimientos actualizados sobre lactancia materna; existen tres oportunidades para la promoción del amamantamiento materno. (Carvalho et al., 2011)

Las oportunidades para la promoción del amamantamiento son las siguientes:

La primera oportunidad se relaciona con el embarazo, porque se promociona el régimen alimentario del lactante, conocimientos, el profesional de enfermería debe proporcionar información relevante. El lenguaje debe ser accesible y la información científicamente sustentada, respetando ya apoyando las elecciones de las mujeres al iniciar la lactancia materna. (Carvalho et al., 2011)

La segunda oportunidad está relacionada con el establecimiento y el inicio de la lactancia materna posterior al nacimiento del recién nacido, el personal de enfermería debe proceder a lo que fue abordado en el periodo prenatal, ayudar en las dificultades y en la comprensión del comportamiento del lactante, evaluar la eficacia de la lactancia materna, prestar apoyo, estimular la ayuda de en la red de apoyo social y proporciona condiciones para el inicio del amamantamiento. (Carvalho et al., 2011)

La tercera oportunidad se relaciona al establecimiento del amamantamiento posterior al alta de la madre y del recién nacido. Es un periodo crítico en que la mujer deja un ambiente seguro, con una red de proximidad de profesionales, para regresar a un ambiente en que tendrá que resolver las necesidades del amamantamiento de forma autónoma. Durante este periodo la visita domiciliaria es importante para asegurar la transición segura entre el hospital y el domicilio. (Carvalho et al., 2011)

### **Intervención de enfermería**

#### *Durante la estancia hospitalaria*

La intervención de enfermería debe estar dirigida a prestar apoyo oportuno que entregue la información correcta y práctica en el momento adecuado, además del apoyo emocional que responda a las necesidades de la madre lactante, junto con el intercambio de experiencias entre las madres que amamantan para desarrollar la autoconfianza y seguridad en las mujeres, para que les permita llevar el proceso de amamantamiento con éxito. (Muñoz, 2011)

*Algunas intervenciones del profesional de enfermería son las siguientes:*

Apoyar y favorecer la lactancia materna en la sala de parto. El profesional de enfermería debe ser un apoyo personalizado, humanizado, activo y oportuno, respetando la decisión materna.

Facilitar el contacto el contacto piel a piel de la madre y del neonato en sus primeros momentos de la vida, de acuerdo con el estado de bienestar del recién nacido y el estado general de la madre y su deseo de amamantar. (Muñoz, 2011)

Favorecer la lactancia materna durante la estancia hospitalaria, además del alojamiento conjunto del binomio (madre-bebé). Información de apoyo mediante charlas educativas, material de difusión, demostración de técnica correcta de amamantamiento. Los cuidados que ofrece el personal de salud a la madre que lacta le infunden confianza en el proceso de amamantamiento, el cual será de mejor calidad. (Muñoz, 2011)

*Posterior al alta hospitalaria*

Favorecer la lactancia materna posterior al alta hospitalaria, orientar a la madre sobre el control en el centro de salud, estado nutricional del recién nacido, asistencia a la clínica de lactancia materna y el contacto permanente con el personal de enfermería. (Muñoz, 2011)

Mantenimiento de la lactancia materna: control y asesoramiento a la madre lactante como el control del recién nacido y de la madre es su centro de salud, apoyo en la clínica de lactancia, educación sobre autocuidado y crianza, incluyendo al padre, quien adquiere un rol protector, así como educación a la familia. El desarrollo de redes de apoyo y comunicación permanente hacia los padres y el entorno familiar, desde los equipos de salud y la comunidad, contribuirá a ser mejores padres optimizando la calidad de vida a sus hijos e hijas. (Muñoz, 2011)

## Capítulo 4

### Marco Normativo de la lactancia materna

#### 4.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1997

##### *Artículo 4.*

Derecho a la alimentación nutritiva

Toda persona tiene *derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad*. El estado lo garantizará. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016)

Toda persona tiene derecho a un ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016)

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2016)

## **4.2 Secretaria General. Ley General de Salud, 2016**

### Protección a la salud

*Artículo 2.* El derecho a la protección de la salud

Tiene las siguientes finalidades:

El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

La prolongación y mejoramiento de la calidad humana.

El disfrute de los servicios de salud y asistencia social que satisface oportunamente las necesidades de la población. (Secretaria General, 2016)

*Artículo 3.* Salubridad General

Protección social en salud

La atención médica preferentemente en beneficio de grupos vulnerables:

Atención materno-infantil. (Secretaria General, 2016)

*Artículo 6.* El Sistema Nacional de Salud.

Tiene los siguientes objetivos:

Promocionar servicios a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas. (Secretaria General, 2016)

Dar impulso al desarrollo de la familia y la comunidad, así como la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.

Promocionar orientación a la población respecto a la importancia de la alimentación nutritiva, suficiente, de calidad y su relación con los beneficios a la salud.

Diseñar políticas públicas que propicien la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, que contraste eficientemente la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y otros trastornos en la conducta alimentaria.

*Artículo 7.* La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de salud, correspondiéndole:

Promover e impulsar que las instituciones del sistema nacional de salud implementen programas con el objetivo de brindar atención médica integrada.

Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud.

Promover e impulsar programas de información sobre una buena alimentación.

#### *Capítulo V.* Atención materno-infantil

El objetivo principal, es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el periodo del embarazo, parto, post-parto y puerperio con la razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

*Artículo 64.* En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta el segundo año de vida y en su caso, la ayuda alimentaria directa para mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil, además de impulsar, la instalación de lactarios en los centros de trabajo del sector público y privado.

Contar al menos con un banco de leche humana por cada entidad federativa en alguno los establecimientos de salud que cuente con servicios neonatales.

Fomentar acciones para controlar las enfermedades prevenibles, procesos diarreicos e infecciones respiratorias.

*Artículo 64.* La Secretaría de Salud impulsara la participación del sector público y privado, así como la sociedad en general, para el fortalecimiento de los servicios de salud en materia de atención materno-infantil, tanto en el ámbito federal, como en las Entidades federativas.

### **4.3 Iniciativa Hospital Amigo del Niño**

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) es un Movimiento Mundial liderado por la Organización Mundial de la Salud OMS y el UNICEF, para dar a cada infante el mejor comienzo en la vida a través de atención en salud donde la lactancia materna es la norma. (OMS, OPS Y UNICEF, 2008).

Fue lanzada en el año 1991 en coordinación con OMS –UNICEF. Ha promovido el conocimiento acerca de las necesidades de los lactantes sobre la leche materna y de las madres sobre el acto de amamantar. (UNICEF, 2014)

El objetivo de la Iniciativa Hospital Amigo (IHAN) es implementar 10 pasos para lograr una lactancia materna exitosa y detener la distribución de sucedáneos de la leche materna gratuitos o a bajo costo que se pudieran proporcionar en los servicios básicos de salud.

Los diez pasos hacia una lactancia natural son la base de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) y resumen son las acciones necesarias para apoyar la lactancia materna en las maternidades y en las unidades de salud del sector público, privado y social.

### **Diez pasos para una lactancia materna exitosa**



Contar con una política por escrito sobre lactancia materna que se comunique sistemáticamente a todo el personal de atención de salud.

Capacitar a todo el personal de salud en la manera de implementar esta política.

Capacitar a las embarazadas y a sus familias en todos los aspectos de la lactancia materna.

Iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al nacimiento.

Enseñar a las madres técnicas y como mantener la lactancia.

Dar a los recién nacidos leche materna exclusiva, solo ofrecer otro tipo de alimento cuando este medicamento indicado.

Facilitar y favorecer el alojamiento conjunto, se permite que las madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.

Fomentar lactancia materna a libre demanda.

No dar a los niños chupones, ni biberones.

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo.

### **Iniciativa Hospital Amigo como estrategia de Humanización (IHAMN)**

La implementación de la IHAMN contribuye a la humanización de la atención en las maternidades, en varios aspectos conceptuales y prácticos como:

Devuelve a las mujeres, al recién nacido y a la familia el protagonismo que jamás se debió de perder.

Reduce o elimina prácticas que interfieran con el vínculo afectivo madre-hijo.

Requiere brindar información a las madres desde el control prenatal hasta luego del alta hospitalaria.

Jerarquiza la prevención y el manejo de las dificultades en la lactancia como un motivo de consulta.

Brindar información y apoyo a las madres para que estas puedan tomar una decisión informada.

La acreditación como Hospital Amigo planea un desafío, como sostener y superar los logros obtenidos, que fuera alcanzado con un gran esfuerzo del conjunto del hospital. La formulación de la política por sí sola no garantiza el cumplimiento de los 10 pasos, si no que requiere, para ser llevada a la práctica una serie de acciones y soluciones creativas esto es adaptada las características de una institución con gran presencia.

#### **4.4 Normas oficiales mexicanas relacionadas con lactancia materna**

Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016; Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

##### *Objetivo*

Establece los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido. Su campo de aplicación es obligatorio en todo el territorio nacional para el personal de salud del establecimiento médico del sector público, social y privado del sistema nacional de salud. Esta Norma Oficial Mexicana se dispone a la protección y fomento a la lactancia materna exclusiva. (Norma Oficial Mexicana 007-SSA2, 2016)

##### *Disposiciones Generales*

En todo establecimiento para la atención médica que se proporcione atención obstétrica.

El personal de salud debe aplicar criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante. Se debe promover durante los primeros 6 meses de vida de la persona recién nacida y promover de manera complementaria hasta el segundo año de vida. (Norma Oficial Mexicana 007-SSA2, 2016)

#### *Disposiciones en lactancia materna*

En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para los lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

La indicación de sucedáneos de leche materna a menores de seis meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y se debe registrar en el expediente clínico.

Los establecimientos de salud deben ofrecer condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna, excepto en casos justificados. Se debe informar diariamente a las mujeres embarazadas y pacientes puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas al uso del biberón y de los sucedáneos de leche humana. (Norma Oficial Mexicana 007-SSA2, 2016)

Norma Oficial Mexicana 043-SSA2-2012; servicios de salud, promoción y educación para la salud en materia. Criterios para brindar orientación

#### *Objetivo*

Establece los criterios que deben de seguir para orientar a la población en materia de alimentación, es obligatoria para el sector público, social y privado, que forma parte del sistema nacional de salud. (Norma Oficial Mexicana 043-SSA2, 2012)

*Disposiciones generales en lactancia materna*

Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y a partir del sexto mes de vida la alimentación alimentaria.

Promover el inicio de la lactancia materna media hora posterior al nacimiento del infante, a libre demanda hasta el sexto mes de forma exclusiva.

No ofrecer ningún otro líquido al lactante, incluso agua.

Promover ventajas en lactancia frente a sucedáneos.

Hacer énfasis en los riesgos que implica una falta de higiene inadecuada, dilución y la adición necesaria de otros ingredientes en su preparación.

El niño o la niña deben recibir otros alimentos además de leche materna, a partir del sexto mes de vida. (Norma Oficial Mexicana 043-SSA2, 2012)

## RESULTADOS

Se obtuvo información de 76 mujeres en periodo de puerperio que cumplían con los requisitos de inclusión para participar en el proyecto de investigación. **“Conocimientos y factores sobre lactancia materna en mujeres en periodo de puerperio”**, realizado en el Hospital Municipal Jiquipilco “Hermenegildo Galena”, en año 2016, tras la tabulación de datos, se obtuvieron los siguientes resultados.

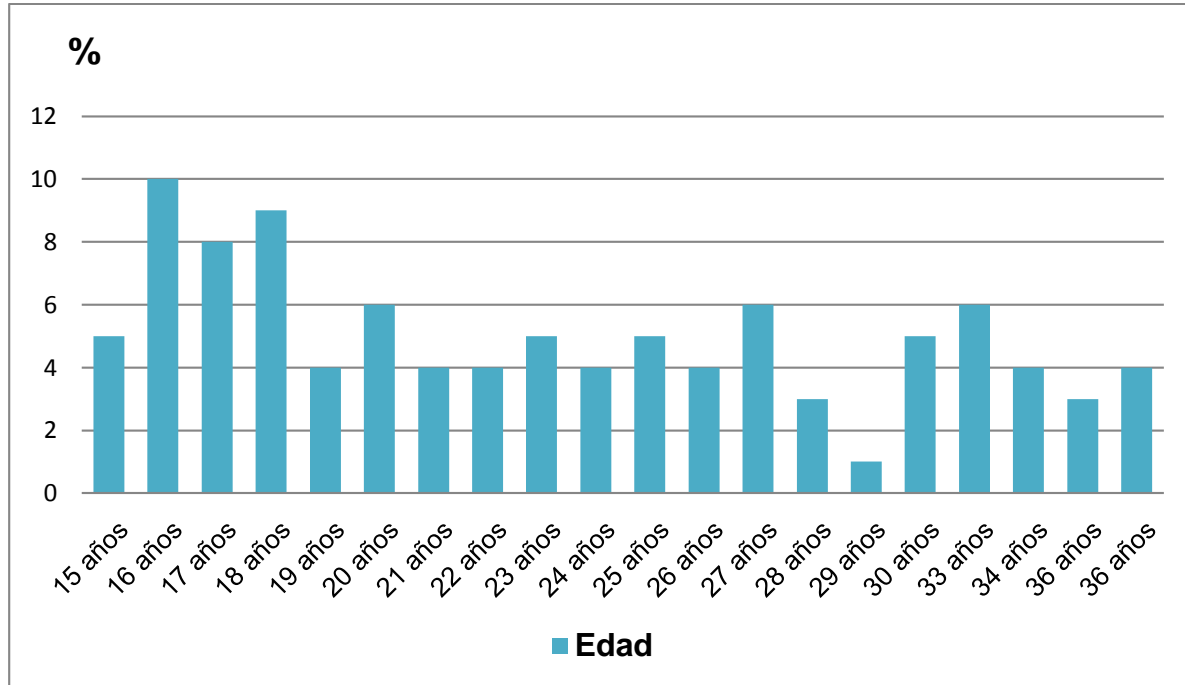
### Datos personales

**Cuadro 1.** Edad de las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
15 años	4	5	5
16 años	8	10	15
17 años	6	8	23
18 años	7	9	32
19 años	3	4	36
20 años	5	6	42
21 años	2	4	46
22 años	3	4	50
23 años	4	5	55
24 años	3	4	59
25 años	4	5	64
26 años	3	4	68
27 años	5	6	74
28 años	2	3	77
29 años	1	1	78
30 años	4	5	83
33 años	5	6	89
34 años	3	4	93
35 años	2	3	96
36 años	2	4	100
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado

**Gráfica 1.** Edad cronológica de las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 1.

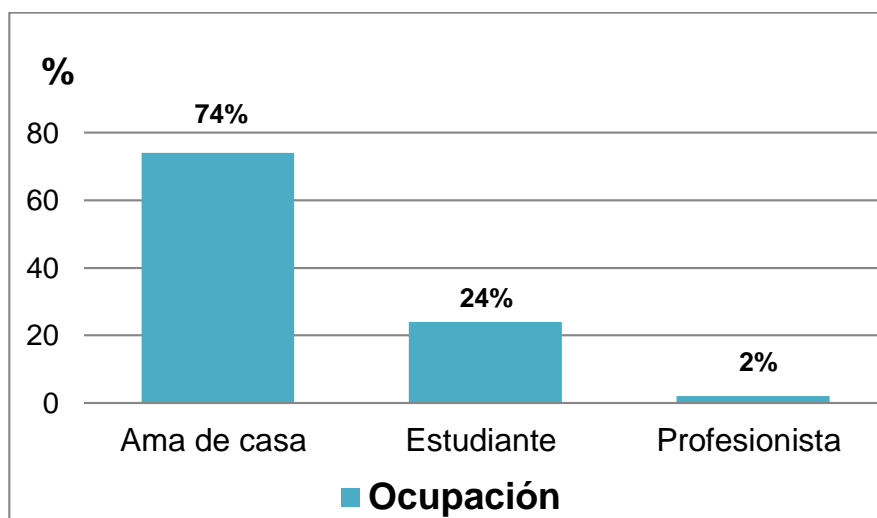
La edad cronológica de las mujeres se ubicó de 15 a 36 años. La media fue de **24.5 años**. Con una desviación estándar de **25.6 años**. Es decir que la mitad de las mujeres son madres jóvenes cuya edad se ubica entre 15 y 22 años respectivamente. Llama la atención que un 15 % de las mujeres estudiadas tienen 15 y 16 años.

**Cuadro 2.** Ocupación, estado civil y nivel educativo de las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	56	76
Estudiante	18	24
Profesionista	2	2
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Unión libre	47	62
Casada	18	24
Madre soltera	11	14
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	17	22
Secundaria	39	51
Preparatoria	18	24
Profesional	2	3
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado

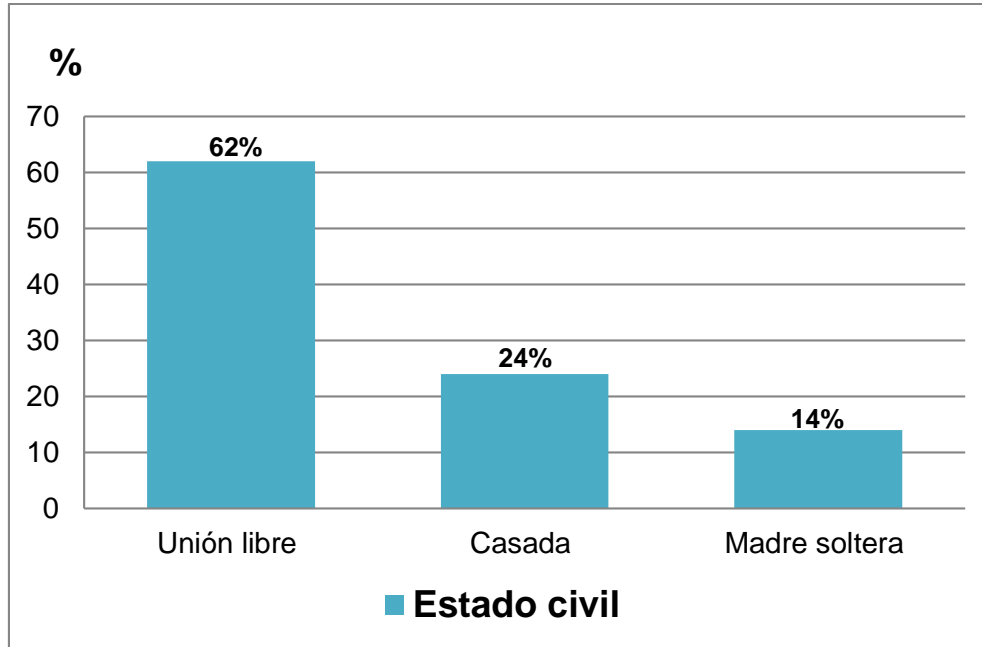
**Gráfica 2.** Ocupación de las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 2.

En relación a la ocupación de las mujeres puérperas que participan en el estudio el **74%** como ama de casa; **24%** son estudiantes y solo el **2%** son profesionistas. Es decir, más del 70% de la muestra estudiada, se dedica únicamente al hogar.

**Gráfica 3.** Estado civil de las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

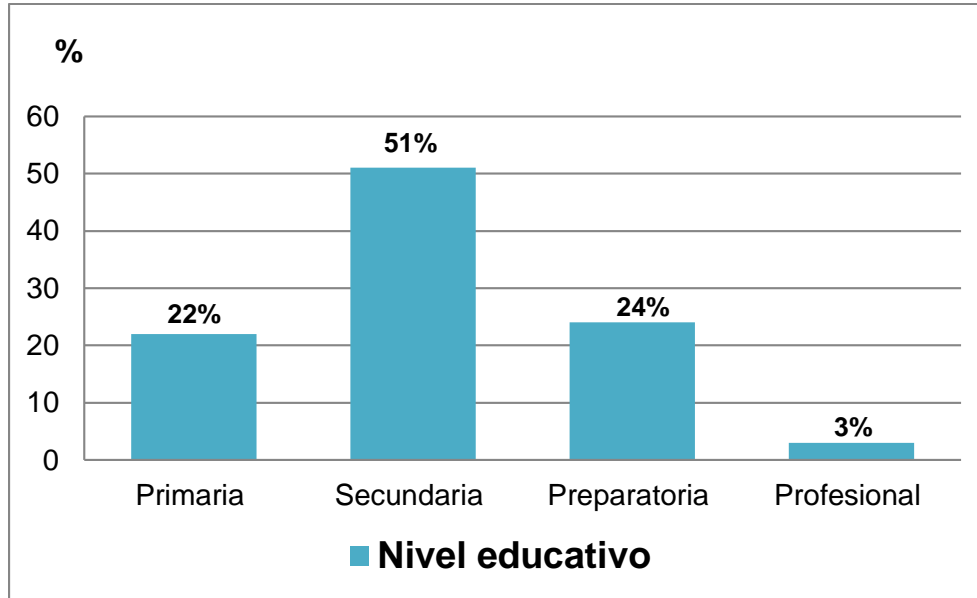


Fuente: Cuadro 2.

Como se puede apreciar en la gráfica no. 3, el estado civil con mayor prevalencia del **62%** a unión libre, seguido por un **24%** están casadas y un **14%** de la población estudiada son madres solteras. Es decir, dos terceras partes de la muestra se encuentra en unión libre.



**Gráfica 4.** Nivel educativo de las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 2.

En relación al nivel educativo de las mujeres puérperas que participan en el estudio, **51%** cuenta con secundaria, **24%** cuentan con preparatoria, **22%** corresponde a primaria y **3%** tienen nivel profesional. Es decir el nivel educativo más predominante es la secundaria.

## Datos relacionados al embarazo previo

**Cuadro 3.** Número actual de embarazo y total de hijos vivos, de las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

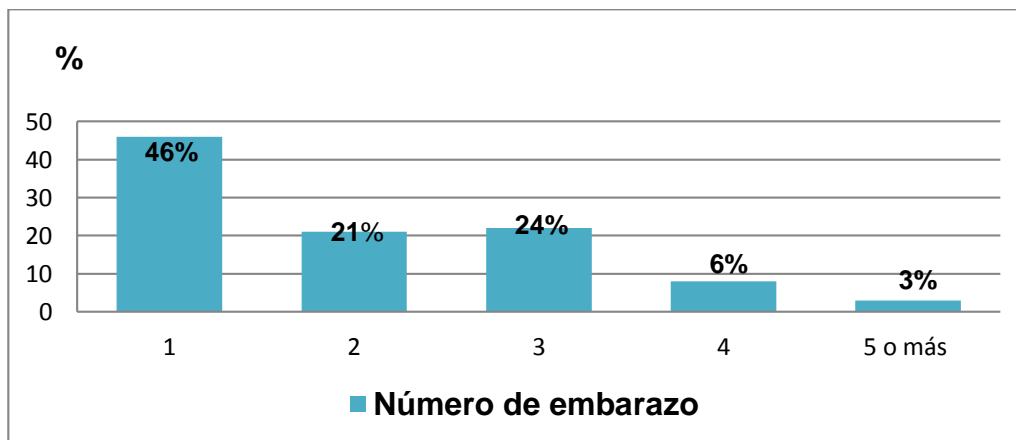
Número actual de embarazo	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
1	35	46	46
2	16	21	67
3	18	24	91
4	5	6	97
5 o más	2	3	100
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Número de Hijos vivos	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
1	35	46	46
2	17	22	68
3	17	22	90
4	5	7	97
5 o más	2	3	100
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado

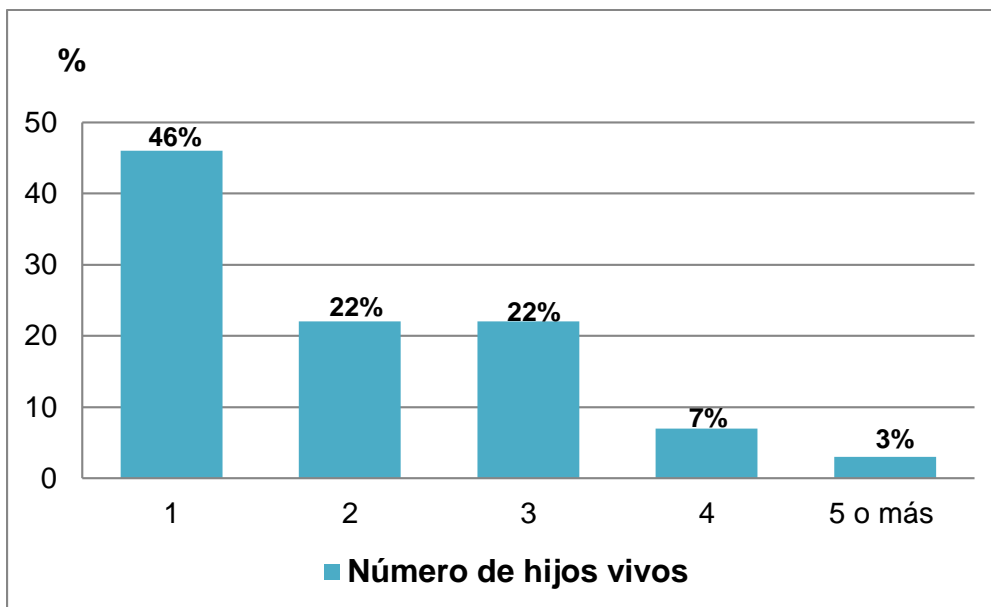
**Gráfica 5.** Número de embarazo de las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 3.

El número actual de embarazo corresponde al **46%** al 1er embarazo, **21%** al 2do embarazo, **24%** al 3er embarazo, **6%** al 4to embarazo y un **3%** de 5 o más. Es decir que más del 40 % de las mujeres encuestadas tuvieron a partir de 1 embarazo.

**Gráfica 6.** Número de hijos vivos, de las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 3.

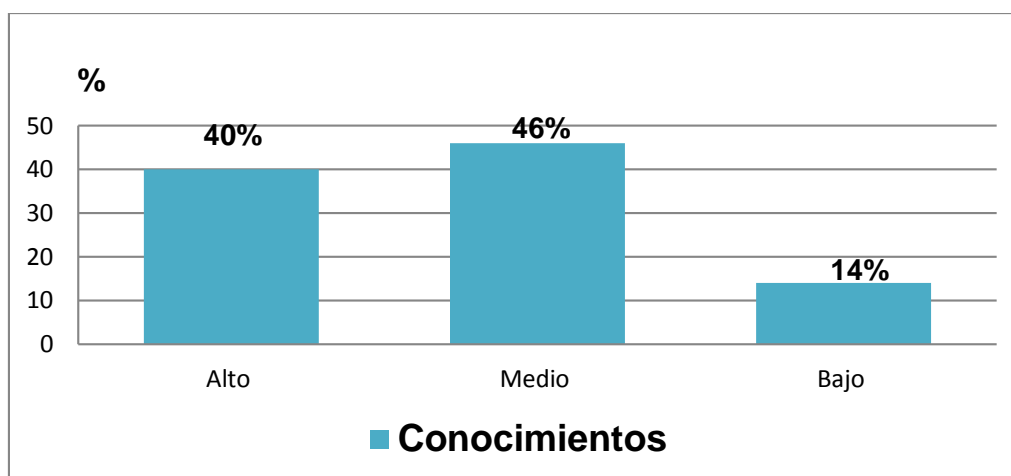
El número total de hijos vivos corresponde al **46%** al 1er hijo vivo, **22%** de 2 a 3 hijos, **7%** de 4 hijos y el **3%** más de 5 hijos. Es decir el 46% de las mujeres puérperas tienen 1 hijo por familia.

**Cuadro 4.** Conocimientos sobre lactancia materna en mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Alto	30	40
Medio	35	46
Bajo	11	14
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado.

**Gráfica 7.** Conocimientos sobre lactancia materna en mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 4.

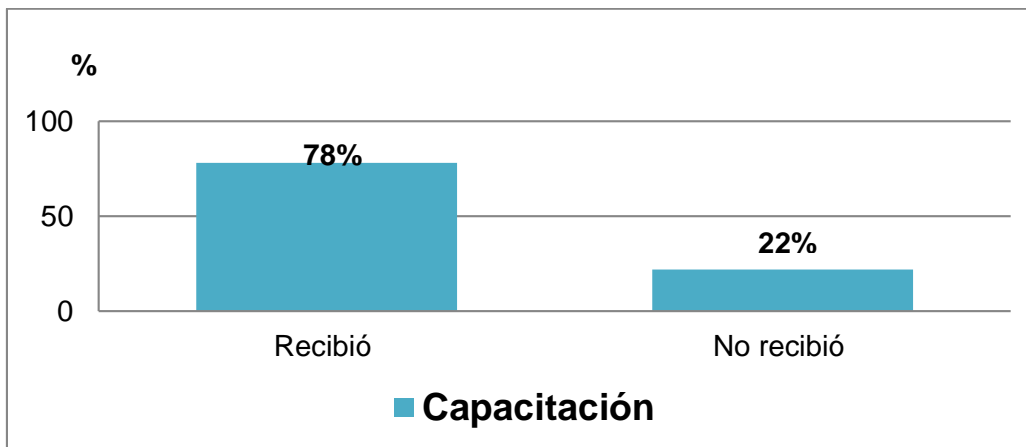
Como se puede apreciar en la gráfica. 7, el **46%** de las mujeres puérperas poseen conocimientos altos en lactancia materna. **40%** conocimientos medios y **14%** bajo conocimiento en el tema. Es decir que más del 45% de las mujeres puérperas mencionan: frecuencia de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva, complementaria, definición de calostro, beneficios para madre y bebé el brindar la lactancia materna, técnica correcta de amamantamiento.

**Cuadro 5.** Capacitación prenatal en lactancia materna en mujeres en periodo de puerperio, por parte del personal de Enfermería y personal médico. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Capacitación	Frecuencia	Porcentaje
Si recibió	59	78
No recibió	17	22
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado.

**Gráfica 8.** Capacitación prenatal en lactancia materna en mujeres durante el periodo de puerperio, por parte del personal de Enfermería y personal médico. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 5.

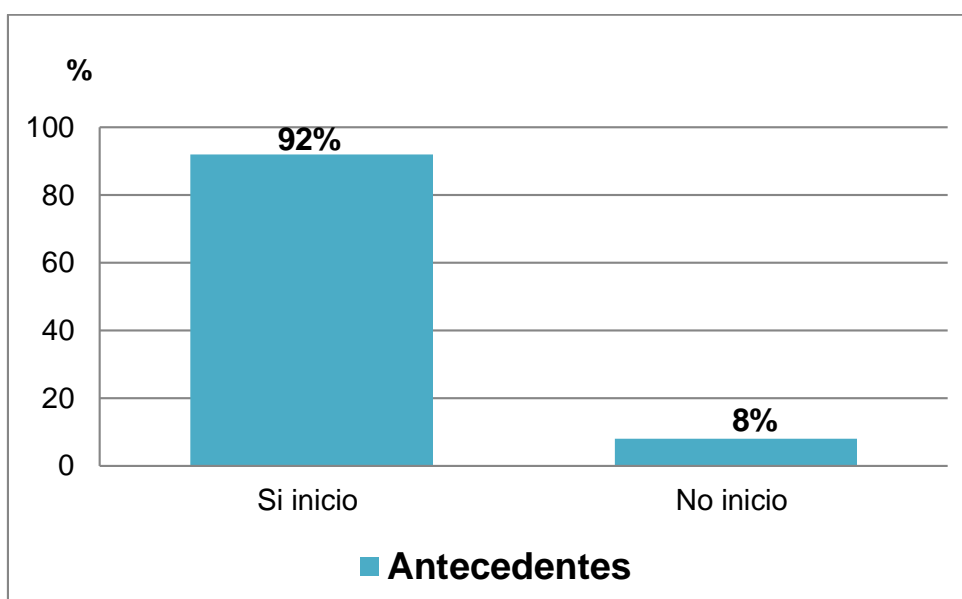
Como se puede apreciar en la gráfica núm. 8, el **78%** de las mujeres puérperas mencionaron si haber recibido capacitación en lactancia materna durante su embarazo, por parte del personal de salud y **22%** refirió no haber recibido capacitación. Es decir que el personal de salud si capacita a la mujer embarazada en cuanto a lactancia materna.

**Cuadro 6.** Antecedentes de la frecuencia en lactancia materna en mujeres en periodo de puerperio con sus anteriores hijos. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Antecedentes	Frecuencia	Porcentaje
Si se inicio	37	92
No de inicio	9	8
<b>Total=</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado

**Gráfica 9.** Antecedentes de la frecuencia en lactancia materna en mujeres en periodo de puerperio con sus anteriores hijos. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 6.

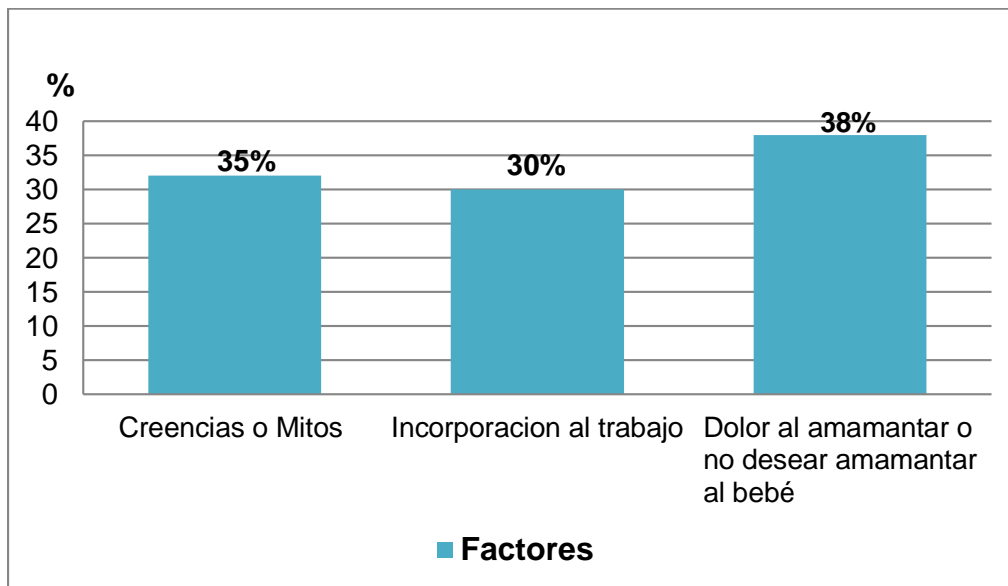
Como se puede apreciar en la gráfica núm. 9, el **92%** de las mujeres puérperas contestaron que si llevaron a cabo la lactancia materna con sus anteriores hijos, mientras el **8%** no inicio la LM. Es decir que más del 90% de las mujeres puérperas si amamantaron a sus anteriores hijos.

**Cuadro 7.** Factores para que las mujeres en periodo de puerperio puedan dejar de brindar lactancia materna. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Creencias o mitos	24	32
Incorporarse al trabajo	23	30
Dolor al amamantar o no desear amamantar al bebé	29	38
<b>Total =</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado.

**Gráfica 10.** Factores para que las mujeres en periodo de puerperio, puedan dejar de brindar lactancia materna. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 7.

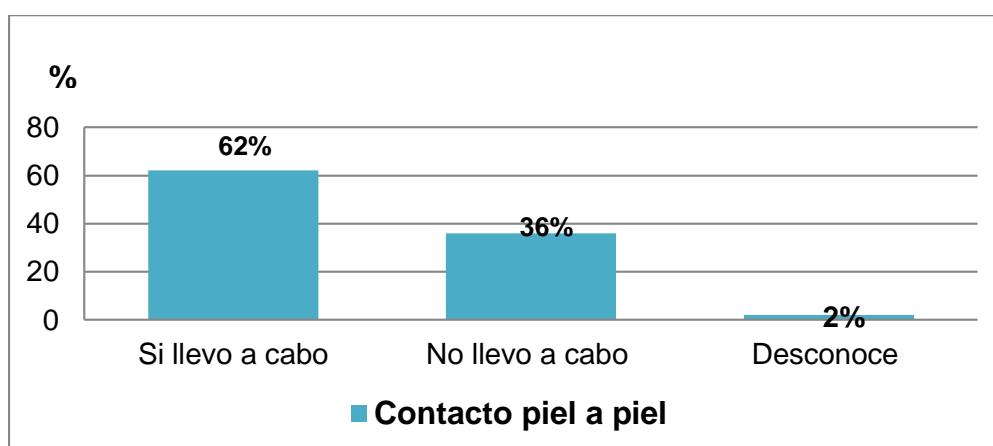
Cabe resaltar que **38%** de las mujeres puérperas menciono como factor principal para dejar de llevar a cabo la LM el sentir dolor o no desear amamantar a su bebé, **35%** creencias o mitos y el **30%** si la mujer tendría que incorporarse al trabajo. Es decir que el principal factor para dejar de llevar a cabo la lactancia materna es la posibilidad de sentir dolor o no desear amamantar al infante.

**Cuadro 8.** Frecuencia del contacto piel a piel posterior al nacimiento del bebé por parte personal de Enfermería y personal médico, en las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Contacto piel a piel	Frecuencia	Porcentaje
Si llevó a cabo	44	62
No llevó a cabo	26	36
Desconoce	6	2
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado.

**Gráfica 11.** Frecuencia del contacto piel a piel posterior al nacimiento del bebé por parte personal de Enfermería y personal médico, en las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 8.

Como se puede apreciar en la gráfica núm. 11, el **62%** de las mujeres puérperas participantes en el estudio, mencionaron que el personal de salud si le colocó a su bebé piel a piel posterior a su nacimiento, **36%** no se llevó a cabo este proceso y **2%** desconoce si se le colocó a su bebé piel con piel. Esto indica que el personal de salud si lleva a cabo este proceso importante para una buena práctica exitosa en lactancia materna.

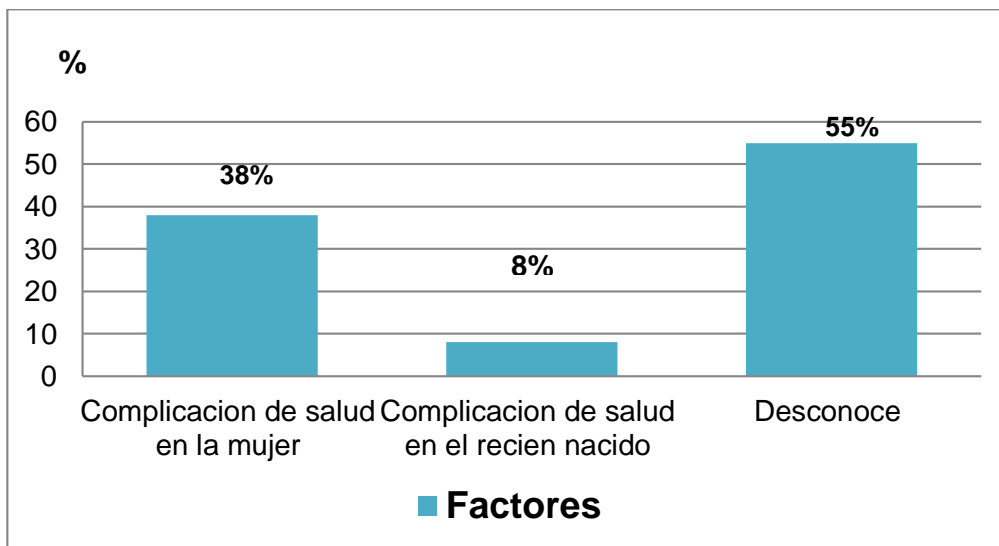


**Cuadro 9.** Factores para que el personal de Enfermería y personal médico no pudiera llevar a cabo el contacto piel a piel posterior al nacimiento del bebé, en mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Complicación de salud en la mujer	10	38
Complicación de salud en el bebé	2	8
Desconoce	14	54
<b>Total=</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado.

**Gráfica 12.** Factores para que el personal de Enfermería y personal médico no pudiera llevar a cabo el contacto piel a piel posterior al nacimiento del bebé, en mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 9.

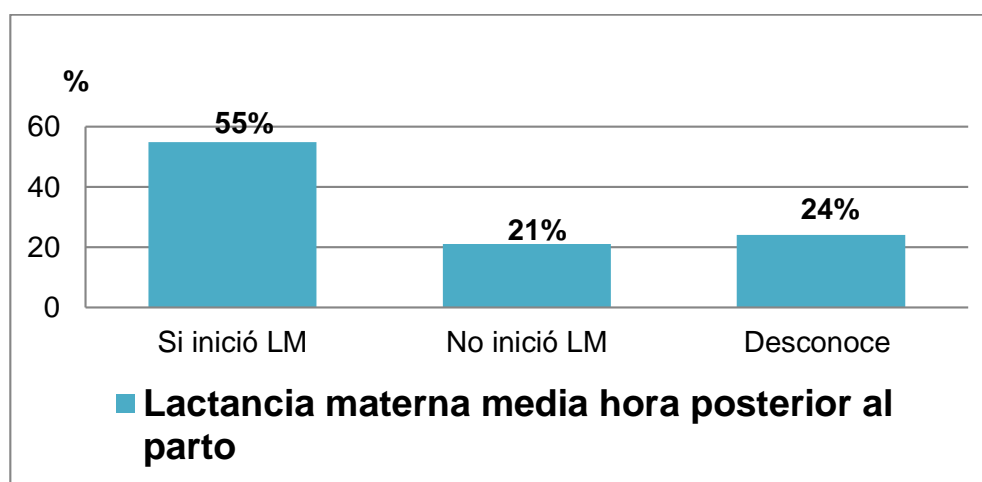
El **55%** de las mujeres púerperas desconoce por que el personal de salud no le colocó a su bebé piel a piel posterior a su nacimiento, **38%** mencionó por posible complicación de salud en la misma mujer y **8%** por una posible complicación de salud en el recién nacido posterior a su nacimiento. Es decir que más del 50% de las mujeres púerperas desconocen porque el personal de salud no llevó a cabo el contacto piel con piel.

**Cuadro 10.** Inicio de la lactancia materna media hora posterior al nacimiento del bebé, llevado a cabo por el personal de Enfermería, en las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Inicio de la LM	Frecuencia	Porcentaje
Si se inicio	42	55
No se inicio	16	21
Desconoce	18	24
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado.

**Gráfica 13.** Inicio de la lactancia materna media hora posterior al nacimiento del bebé, llevado a cabo por el personal de Enfermería, en las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 10.

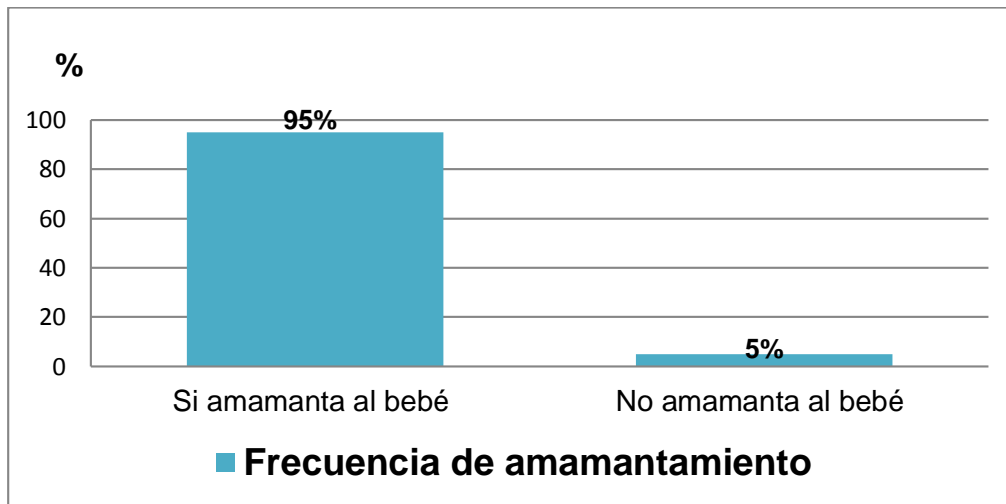
Como se puede apreciar en la gráfica núm. 13, **55%** de las mujeres puerperas encuestadas menciono que si se inicio la lactancia materna media hora posterior al nacimiento de su bebé por parte del personal de enfermería, **24%** desconoce y **21%** menciono que no se inicio la lactancia materna. Es decir que el personal de enfermeria si inicia la LM mdeia hora posterior al parto, paso importante para lograr una practica exitosa de amamantamiento.

**Cuadro 11.** Frecuencia de amamantamiento, en las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Frecuencia de amamantamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si amamanta al bebé	62	95
No amamanta al bebé	14	5
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado.

**Gráfica 14.** Frecuencia de amamantamiento en las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 11.

Como se muestra en la gráfica núm. 14, el **95 %** de las mujeres puérperas si amamantan a su bebé, entre sus respuestas mencionan lo siguiente:

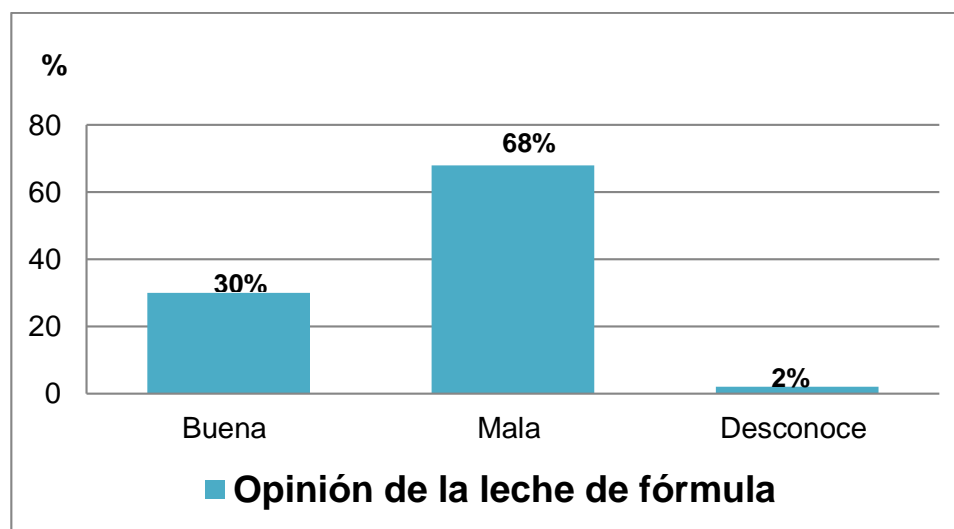
*La leche materna contiene todos los nutrientes para evitar que mi bebé se enferme, es lo mejor que puedo ofrecerle, la leche materna tiene beneficios, es importante para mi salud y de mi bebé, es la mejor alimentación, es fuente de energía y contiene vitaminas. Mientras el 5% no amamanta a su bebé. Entre sus respuestas mencionan lo siguiente: No deseo amamantar a mi bebé, por complicación de salud mía o en mi bebé o por trabajar o estudiar en algún momento de mi vida.*

**Cuadro 12.** Opinión sobre la fórmula de leche, en las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Buena	22	30
Mala	51	68
Desconoce	3	2
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado.

**Gráfica 15.** Opinión sobre la fórmula de leche en las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 12.

El **68%** de las mujeres puérperas menciono que la leche de fórmula es mala para el bebé, porque *no contiene los nutrientes que la leche materna*, el *bebé es más propenso a enfermarse*, la *leche de fórmula es más cara* en cuanto a economía.

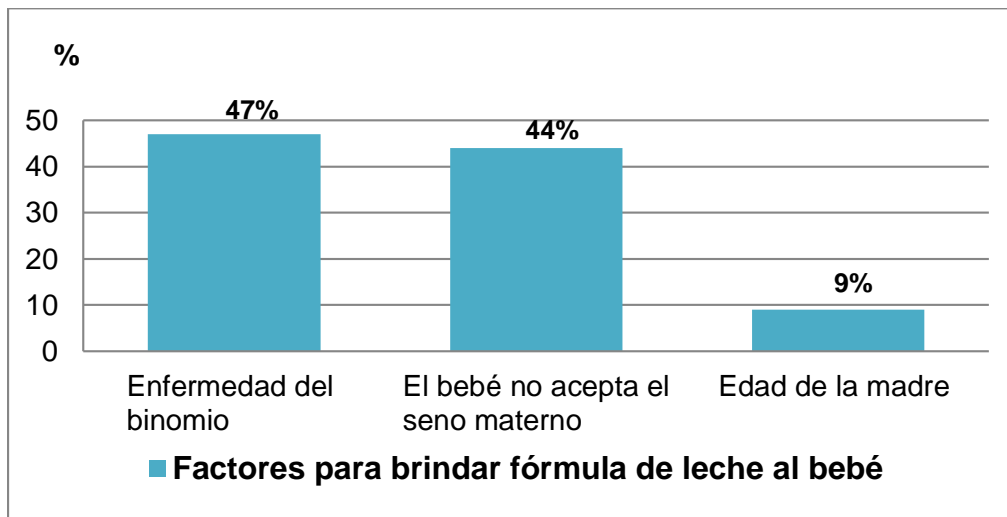
**30%** menciono que es buena la leche de formula porque *es similar a la leche materna* o *contiene los mismos nutrientes* y un **2%** desconoce si es buena o mala la fórmula de leche.

**Cuadro 13.** Factores para poder brindar fórmula de leche al bebé, en las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad del binomio	36	47
El bebé no acepta el seno materno o se queda con hambre	33	44
Edad de la madre(adolescente)	7	9
<b>Total=</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario aplicado.

**Gráfica 16.** Factores para poder brindar fórmula de leche al bebé, en las mujeres en periodo de puerperio. Hospital Municipal Jiquipilco. México 2016.



Fuente: Cuadro 13.

El **47%** de las mujeres puerperas menciono como posible principal factor para proporcionale fórmula de leche a su bebé fue enfermedad en el binomio, **44%** si el bebé no aceptara el seno materno y posteriormnete se quedara con hambre y **9%** edad de la madre, si fuera adolescente. Es decir que la **enfermedad en el binomio** podria ser considerado un importante factor en la introduccion de fórmula de leche en la dieta del infante y como consecuencia un descenso en la práctica de lactancia materna.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontrados en el estudio de investigación, los conocimientos sobre lactancia materna que poseen las mujeres puérperas es medio (46%), lo cual es semejante con Gerónimo et al (2014), quien reporto que las mujeres de post-parto que participaron en el estudio poseían conocimientos medios en LM.

Los conocimientos se asocian a que el (78%) de las mujeres participantes en este proyecto de investigación, si recibió capacitación en lactancia materna durante su embarazo, por parte del personal de enfermería y personal médico, lo cual se encontró semejanza con Rosa et al (2012), quien reporto en sus resultados en pacientes de puerperio (98%) si habían recibido capacitación prenatal en cuanto a lactancia materna, lo cual proporciona resultados favorables en la práctica exitosa de amamantamiento.

Esto se fundamenta por Ortega (2015) menciona que es fundamental capacitar a la mujer embarazada y al familiar, obteniéndose resultados favorables y lograr una práctica exitosa de amamantamiento. Además que Zimmermann et al (2010) reportó en el estudio realizado a mujeres puérperas que durante el embarazo la mujer está muy receptiva para aprender todos aquellos aspectos que le permitan brindar una atención integral a su hijo(a) y la educación permite el intercambio de experiencias con otras mujeres embarazadas.

Esto es fundamentado por González et al (2002) reporto en su estudio que la mayor parte de información sobre lactancia materna le llega a las mujer embarazada y puérpera por parte del personal de enfermería y personal médico.

Las mujeres participantes son madres jóvenes, cuya edad oscila entre 15 a 36 años, con una media de 24.5 en años y una desviación estándar de 25.6, más del (50%)

cuentan con un nivel educativo básico a nivel de secundaria, (66%) se encuentra en unión libre, y (46%) corresponde al 1 hijo(a).

Un estudio realizado por Cabrera et al (2003) a madres de familia mostro semejanza en relación a los resultados, más del 50% menciono ser madres a temprana edad entre 15 años en adelante, además de contar con escolaridad básica. Gerónimo et al (2014) en su estudio a mujeres de post-parto (38%) contaba con secundaria, el número de hijos era a partir de 1 y (58%) de las mujeres estudiadas se encontraba en unión libre.

El (98%) de las mujeres si amamantan a sus bebés. Los factores que consideran importantes para que dejen de amamantar a sus hijos (a) es el (38%) la posibilidad de sentir dolor o no desear amamantar a su bebé. Carvalho et al (2011) reporto que el personal de enfermería puede ayudar en las posibles dificultades que tengan las mujeres al amamantar a sus hijos.

Además de capacitar en cuanto a la técnica correcta de amamantamiento y esto evitaría sentir dolor al amamantar por una técnica incorrecta de amamantamiento. Esto a su vez se fundamenta por la Iniciativa Hospital Amigo del Niño que establece que el personal de salud debe ayudar a la mujer embarazada a iniciar la lactancia materna.

La incidencia que el 98% si amamanta a su hijo(a), se relaciona a que el 62% de las mujeres menciono en el estudio que si se llevó a cabo el contacto piel a piel posterior al nacimiento del neonato, por parte del personal de enfermería y personal médico, además el 50% respondió que el personal de enfermería si inicio la lactancia materna media hora posterior al parto. Esto se justifica ya que en el paso número 4 de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño pública que se debe iniciar la lactancia materna media hora posterior al parto.

La Sociedad venezolana de puericultura y pediatría (2009) público que el contacto piel a piel e iniciar la lactancia materna media hora después del parto facilita el éxito de la lactancia materna exclusiva.

Esto seguido que la Asociación Española de Pediatría (2008) refiere que el contacto piel a piel además de favorecer el inicio exitoso de amamantamiento, ayuda al neonato a controlar una adecuada temperatura correcta, regular la frecuencia cardiaca y respiratoria y en la mujer puérpera genera bienestar físico por la liberación de la hormona oxitocina, además de crear un vínculo afectivo entre madre y el neonato.

Los factores predisponentes para que las mujeres dejen de amamantar a sus hijos, el 38% menciona llegar a sentir dolor al amamantar o no desear amamantar a su bebé, lo cual no se encuentra semejanza con Carvalho et al (2011) quien reporta que el principal factor predisponente para que las mujeres dejen de amamantar es que el bebé se quedara con hambre y por tal motivo se introdujera la fórmula de leche a la dieta del infante.



## CONCLUSIONES

El estudio de investigación me dejó una gran experiencia profesional, además de satisfacción al trabajar nuevamente con las mujeres puérperas y seguidamente con sus hijos(a) y por la oportunidad que me brindó nuevamente al personal de enfermería en la capacitación de lactancia materna, ya que se revivió lo que realicé como pasante durante el año de servicio social.

Logré cumplir con los objetivos propuestos; en primera estancia se identificó los conocimientos que poseen las mujeres puérperas, además de la existencia de posibles factores para que las mujeres dejen de amamantar a su hijo; como la posibilidad de sentir dolor al amamantar y como consecuencia no desear amamantar al infante, considerado como un posible factor principal y la enfermedad en el binomio, motivo importante para la introducción de la fórmula de leche en la dieta del infante, como resalta, los posibles factores pueden conducir a la mujer en periodo de lactancia a disminuir la práctica de LM.

Datos obtenidos demuestran que en el estudio de investigación, el nivel de conocimientos de LM es medio y se considera bueno para poder llevar a cabo una buena práctica en lactancia exclusiva y posteriormente complementaria.

Esto se debe a que en el Hospital donde lleve a cabo el estudio de investigación, se fomenta y promueve la capacitación sobre lactancia materna, desde la etapa prenatal y después del parto; por parte de personal médico y especialmente el personal de enfermería. Este último quien está directamente al cuidado de la mujer puérpera y de su hijo(a), porque de acuerdo a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño de acuerdo a (UNICEF, 2014) menciona que el personal de salud debe capacitar a la mujer embarazada, además de ayudar a la mujer a iniciar la lactancia materna media hora posterior al nacimiento del neonato, con el fin de lograr una práctica exitosa de amamantamiento.

Parte de los resultados demuestran que las mujeres participantes son madres jóvenes, en unión libre y con un nivel educativo básico, además de ser su primer hijo(a). Por tal motivo se debe seguir fortaleciendo y promocionando la capacitación en lactancia materna, esto destaca que el profesional de enfermería debe seguir capacitando a la mujer embarazada y posteriormente al parto, con el objetivo que la mujer lactante tenga suficientes y adecuados conocimientos para poder lograr una buena práctica exitosa en lactancia materna.

Además que la incidencia en embarazos a temprana edad ha aumentado considerablemente por múltiples factores y ante estos se debe capacitar adecuadamente a las futuras madres. Ante esto se debe enseñar técnicas de extracción de leche para aquellas madres que tengan que incorporarse al trabajo o la posibilidad de estudiar nuevamente en algún momento de su vida.

Considero también que al capacitar a la mujer embarazada y puérpera, el personal de salud se tiene que capacitar y actualizar constantemente en información reciente en cuanto a lactancia materna y considerar la posibilidad de asistir a conferencias impartida por el mismo hospital o de distintos hospitales. Porque actualmente la información va cambiando, va surgiendo nueva información en cuanto al tema.

El desarrollo de redes de apoyo y comunicación permanente hacia los padres y el entorno familiar, desde los equipos de salud y la comunidad, contribuirá a ser mejores padres optimizando la calidad de vida a sus hijos e hijas. (Muñoz, 2011)

## **SUGERENCIAS**

### **Para la mujer embarazada:**

Educar a mujeres embarazadas en especial a adolescentes sobre la importancia que tiene la lactancia materna. Y sugerir que acudan a la clínica de lactancia materna que se encuentra adscrita al Hospital Municipal Jiquipilco.

Repartir folletos a mujeres embarazadas que acudan a consulta externa con información de conceptos generales como: (lactancia materna, lactancia materna exclusiva, complementaria, calostro), ventajas, beneficios de la leche materna para el infante, para la madre de familia y el medio ambiente y la diferencia entre leche humana y leche de fórmula.

Evaluar a las mujeres embarazadas durante la etapa prenatal mediante un cuestionario elaborado por el personal de salud del hospital o el cuestionario que se utilizó en el proyecto de investigación.

### **Para los familiares:**

Educar a familiares y explicar el rol que ocupan en el proceso de lactancia materna.

Repartir folletos a familiares sobre lactancia materna.

Evaluar a familiares sobre el tema de lactancia materna.

### **Para la Coordinación de Enseñanza**

Capacitar constantemente al personal de salud (enfermería y médicos) respecto a la importancia que tiene el contacto piel a piel entre madre y bebé y el inicio de la lactancia materna posterior al nacimiento del neonato.

Evaluar al personal de salud (enfermería y médicos) de todos los servicios del Hospital Jiquipilco sobre lactancia materna mediante un cuestionario.

Evaluar al personal de salud del área de Toco cirugía y Quirófano (enfermería y médicos) mediante la observación, con el objetivo de identificar si llevan a cabo el contacto piel a piel entre madre y bebé, inician la lactancia materna media hora después del parto y ayudan a la mujer para mantener una práctica óptima de amamantamiento, siempre y cuando sea en mujeres y neonatos con condiciones de salud estables.

**Para el profesional de Enfermería:**

Educar a la mujer embarazada en cuanto a ventajas y beneficios de la leche materna.

Llevar a cabo el contacto piel a piel y ayudar a la mujer puérpera o de cesárea a iniciar la lactancia materna posterior al nacimiento del neonato.

Educar a la mujer posterior al nacimiento del bebé sobre la técnica correcta y posiciones adecuadas de amamantamiento.

Durante la estancia hospitalaria del binomio proporcionar solamente leche materna.

Educar a la mujer sobre técnicas de extracción de leche manual, con el fin de proporcionar alternativas para las mujeres que tengan que trabajar en algún momento de su vida o por cuestiones de salud de la mamá o del bebé.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

Aguilar, J. (2005). *Lactancia materna*. España: Elsevier.

Álvarez, P. (2013). *Intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva*. Recuperado de:

[www.inspvirtual.mx/banco\\_tesis/Alvarez%20Zendejas%20Patricia%20Marghel%20\\_20\\_PTP%MSP%20epidemiologia.pdf](http://www.inspvirtual.mx/banco_tesis/Alvarez%20Zendejas%20Patricia%20Marghel%20_20_PTP%MSP%20epidemiologia.pdf)

Anónimo. (s.f). *Liga de la leche internacional*. Recuperado de:[www.laligadelaleche.es](http://www.laligadelaleche.es)

Anónimo. (2005). *Historia de la lactancia materna*. Recuperado de:  
[http://en.wikipedia.org/wiki/History\\_and\\_culture\\_of\\_breastfeeding](http://en.wikipedia.org/wiki/History_and_culture_of_breastfeeding)

Anónimo. (s.f.). *Método Estadístico*. Recuperado de [http://cleudistancia.cleu-edu.mx/cleu/flash/PAG/lecturas/metodología/2/Método Estadístico. pdf](http://cleudistancia.cleu-edu.mx/cleu/flash/PAG/lecturas/metodología/2/Método%20Estadístico.pdf)

Asociación Española de pediatría. (2008). *Manual de lactancia materna De la teoría a la práctica*. España, Madrid., España: Panamericana.

Aréstegui, R. (2014). Lactancia materna exclusiva ¿Siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60 (2), 171-176. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-513220014000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-513220014000200011&script=sci_arttext)

Borre, Y., Navarro, C y González, G. (2014). Lactancia materna exclusiva ¿La conocen las madres realmente? *Revista cuidarte*, 5(2), 723-730. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533181003>

Cabero, L. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno – Fetal*. Buenos aires, Madrid: Panamericana.

Cabrera., A, Mateus., S y Carvajal., B. (2003). Conocimientos acerca de lactancia materna en el Valle de Cauca Colombia *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 21(1), 27-41. Recuperado de: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=12021103>

Castañeda I. (1988). *Síntesis histórica de la partera en el Valle de México*. Recuperado de: <http://sitios.dif.gob.mx/dgadc/wp-content/uploads/2015/02>

Carvalho, L., Barbieri, M y Cayetano, T. (2011). Contribuciones de la intervención de enfermería de cuidados de salud primarios para la promoción del amamantamiento materno. *Revista latinoamericana*, 19(2), 1-9. Recuperado de [www.cielo.br/pdf/rlae/v19n2/es\\_27.pdf](http://www.cielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_27.pdf)

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2016). Recuperado de: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitución/cn16.pdf>

Crowley, I. (2015). *La leche materna salva vidas*. Recuperado de [https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF\\_SuplementoAbril2015.pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf)

Desarrollo Integral de Familia (2015). *Implementación de acciones en lactancia materna*. Recuperado de: <http://sitios.dif.gob.mx/dgadc/wp-content/uploads/2015/02/ImplementacionAciionesLactanciaMaternaSNDIF.pdf>

Espinosa, L. (2009). *Parto: mecanismo, clínica y atención*. México, D. F., Manual Moderno.

Fernández, J. (2010). *Fisiología Humana* (4ta ed.). México, D.F., México: McGraw-Hill Interamericana.

Flores, Ma. (2011). *Factores que promueven la lactancia materna exitosa: el papel del profesional de salud*. Recuperado de: [http://www.anm.org.mx/bgmm/2011/SUPL.1-2011/GMN\\_147\\_2011\\_Supl\\_032-038.PDF](http://www.anm.org.mx/bgmm/2011/SUPL.1-2011/GMN_147_2011_Supl_032-038.PDF)

Fomon, J., Stevens, E., Patrick, T., Pickler, R. (2009). *Historia de la Alimentación Infantil*.

Geijo, Ma. (2005). *Lactancia Materna*. Madrid España: Las Margaritas.

Gerónimo., R, Magaña, M., Zetina, E., Herrera, Y. (2014). Conocimiento, actitud y práctica sobre lactancia materna en mujeres de periodo de posparto de un hospital de tercer nivel. *Salud en Tabasco*, 20 (1), 14-20. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48731722003>

González, I y Romero, B. (2002). Lactancia materna. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(1). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192002000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100003)

Harris, N., Molina, J. (2007). *Lactancia Natural*. España: Océano.

Hernández, E. (2008). Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica*. Disponible en: <file:///C:/Users/ORBITA%20CYBER%20CAFE'S/Downloads/Dialnet-GenealogiaHistoricaDeLaLactanciaMaterna-2745761.pdf>

Lawrence, R. (2007). *Lactancia Materna En el siglo XXI*.

López, K., Pérez, E. (2012). *El valor de la procreación y el embarazo desde la cosmovisión mesoamericana*. Nueva Época: Revista Antropofromas.

Muñoz, L. (2011). Lactancia materna y gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(4). Recuperado de:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192011000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192011000400010)

Norma Oficial Mexicana 007-SSA2. (2016). *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién nacido*. Recuperado de:

[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012. (2013). *Que establece criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*.

Recuperado de:

[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013)

Norma Oficial Mexicana 043-SSA2. (2012). *Servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*.

Recuperado de:

[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013)

OMS, OPS Y UNICEF (2008). *Iniciativa Hospital Amigo del Niño*. Recuperado de:

[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-trainingcourse\\_s3\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-trainingcourse_s3_es.pdf?ua=1)

OMS, UNICEF Y OPS. (2013). *Lactancia, promoción y apoyo en un Hospital Amigo de la Madre y del Niño*. Recuperado de:

[https://www.unicef.org/argentina/spanish/salud\\_lactancia\\_2014.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_lactancia_2014.pdf)



Ortega, M. (2015). Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. *Acta pediátrica de México*, 3(2), 126-129. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640352012>

Pérez, A. (2001). *Manual de Lactancia Materna* (1ra ed.). Chile.

Quintanar, E. (2016). *Manual del Médico Interno de Pregrado* (2da ed.). México, D.F., México: Intersistemas.

Rosa, M., Gioconda, E y Atalash S. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista chilena de pediatría*, 83(2), 161-169. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/50370-41062012000200007>

Secretaria General. (s.f). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación*. Recuperado de:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Secretaria General. (2016). *Ley General de Salud*. Recuperado de:  
[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_161216.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_161216.pdf)

Sociedad Venezolana de puericultura. (2009). *Nutrición pediátrica*. Venezuela, Buenos Aires: Panamericana.

Trinidad, R. (2009). *Lactancia Materna*. Ecuador: Club Universitario.

Valdez, A. (2008). *Fisiología de la glándula mamaria y lactancia materna*. México, D.F. México: Manual Moderno.

Viñas, L. (2000). *La lactancia materna* (2da ed.). Comares.

UNICEF. (2014). *Lactancia materna*. Recuperado de:  
<https://.unicef.org/spanish/nutrition/index.24824.html>

Zimmermann, C., Medina, S., Ortiz, A y Abreo, G. (2010) *Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de resistencia en el año 2010*. Recuperado de [http://med.unne.edu.ar/revista/revista207/1\\_207.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista207/1_207.pdf)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



## ANEXO 1 CUESTIONARIO

### CONOCIMIENTOS Y FACTORES SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES DURANTE EL PERIODO DE PUERPERIO

**Objetivo:** Identificar los conocimientos y los factores presentes en las mujeres durante el periodo de puerperio, acerca de la práctica de lactancia materna atendida en un Hospital Municipal del Estado de México.

**Instrucciones:**

El cuestionario está formado por 3 secciones; que deberá leer cuidadosamente y contestar lo más honesto posible. Recuerde que si tiene alguna duda, se resolverá a la brevedad posible. Al término del cuestionario, la información que nos proporcione será utilizada de forma anónima y confidencial.

**Datos personales**

Edad: -----

Ocupación	Estado civil	Nivel educativo
a) Ama de casa	a) Unión libre	a) Primaria
b) Estudiante	b) Casada	b) Secundaria
c) Profesionista	c) Madre soltera	c) Preparatoria
		d) Profesional
		e) Ningún estudio

**Datos relacionados a su embarazo previo.**

**1. Número actual de embarazo.**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 o más

**2. Número total de hijos vivos:**

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 o más

**3. ¿Recibió capacitación en lactancia materna durante su embarazo, por parte del personal de salud. (enfermera(o), médico (a), trabajador (a) social) del hospital?**

- a) Si
- b) No
- c) Desconoce

**4. ¿Inicio la lactancia materna con sus hijos anteriores?**

- a) Si
- b) No

**5. ¿Cuáles son los factores que consideraría para no llevar a cabo la lactancia materna?**

- a) Creencias o mitos

- b) Incorporación al trabajo
- c) Dolor al amamantar o no desear amamantar a su bebé

**Conocimientos sobre lactancia materna posterior al parto**

**1. La enfermera(o) o médico(a), le colocó a su bebé contacto piel a piel posterior al nacimiento de su bebé?**

- a) Si
- b) No
- c) Desconoce

**2. Si su respuesta fue negativa, ¿Por qué no considera que llevó a cabo el contacto piel a piel, posterior al nacimiento de su bebé?**

- a) Complicación de salud posterior a su parto
- b) Complicación de salud en su bebé
- c) Desconoce

**3. ¿La enfermera(o) inicio la lactancia materna media hora después de su parto?**

- a) Si
- b) No
- c) Desconoce

**4. ¿Le da leche materna a su bebé?**

- a) Sí. Porque-----
- b) No. Porque -----

**5. ¿Hasta qué edad de su bebé le debe de dar leche materna?**

- a) Desde el nacimiento hasta los dos años de edad
- b) Desde el nacimiento hasta los primeros 4 meses de edad

- c) Desde el nacimiento hasta el año de edad

**6. ¿Qué es la lactancia materna exclusiva?**

- a) Proporcionar solamente leche materna desde el nacimiento de su bebé hasta los seis meses de edad
- b) Proporcionar leche materna a su bebé, acompañada de té o agua
- c) Proporcionar leche materna, acompañada de té o agua y alimentos

**7. ¿Hasta qué edad del bebé se puede brindar la lactancia materna exclusiva?**

- a) Desde el nacimiento hasta los seis meses de edad
- b) Desde el nacimiento hasta 1 año de edad
- c) Desde el nacimiento hasta los dos años de edad

**8. ¿Qué es la lactancia materna complementaria?**

- a) Solo verduras sin proporcionar leche materna
- b) Solo frutas sin proporcionar leche materna
- c) Verduras y frutas, acompañada por leche materna

**9. ¿Hasta qué edad de su bebé le puede iniciar lactancia materna complementaria?**

- a) Después de los 2 años
- b) Después de los seis meses
- c) Después del año

**10. ¿Qué es el calostro?**

- a) Secreción láctea de color amarillenta, dura aproximadamente de 1 a 5 días al iniciar la lactancia materna
- b) Secreción láctea de color amarillenta que se produce al mes de iniciar la lactancia materna

c) Desconoce

**11. ¿Cuáles son las ventajas para la madre y el hijo llevar a cabo la lactancia materna?**

- a) Bajo costo económico, relación afectiva entre ambos, que la leche esté a temperatura ambiente
- b) Poder trabajar
- c) Desconoce

**12. ¿Cuáles son los beneficios el darle leche materna a su bebé?**

- a) Prevención de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, mejor crecimiento y desarrollo cognitivo
- b) Prevención de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, mejor crecimiento y desarrollo profesional
- c) Desconoce

**13. ¿Cuáles son los beneficios para usted llevar a cabo la lactancia materna?**

- a) Restablecimiento anatómico posterior al parto, evitar complicación obstétrica, ayuda a perder peso, prevención de cáncer de mama y de ovario
- b) Estética
- c) Desconoce

**14. ¿Cuál es la postura adecuada para amamantar a su bebé?**

- a) Parada
- b) Sentada y cómoda o recostada adecuadamente
- c) Desconoce

**15. ¿Qué posición se debe de estar su bebé al darle seno materno?**

- a) Alineado correctamente pancita con pancita

- b) Desalineado
- c) Desconoce

**16. ¿Cómo debe de tomar usted su mano al darle de amamantar a su bebé?**

- a) En forma de C
- b) En forma de tijera
- c) Desconoce

**17. ¿Qué es lo que debe de vigilar cuando está amamantando a su bebé?**

- a) Que no nos muerda
- b) Buen agarre de la boquita del bebe del pezón y parte de la aréola
- c) Desconoce

**18. ¿La lactancia materna exclusiva se brinda?**

- a) A libre demanda
- b) Cada 3 horas
- c) Cada hora

**19. ¿Considera que es bueno darle formula de leche a su bebé?**

- a) Sí. Porque .....
- b) No. Porque .....
- c) Desconoce. Porque .....

**20. ¿Cuáles son los beneficios por lo que usted le diera fórmula a su bebé?**

- a) Enfermedad de la madre o del bebé
- b) El bebé no acepta el seno materno o se queda con hambre
- c) Edad de la madre (adolescente)

Elaborado por:

P.L.E. Selene Alonso López

Asesor: Mtra. En A.S.S. Vicenta Gómez Martínez





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**Anexo 2**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Fecha:** -----

La intervención de Enfermería tiene como finalidad educar a las madres de familia sobre lactancia materna, por lo que autorizo de forma voluntaria a participar en el estudio de investigación “Conocimientos y factores sobre lactancia materna en mujeres durante el periodo de puerperio” que tiene como objetivo: identificar los conocimientos acerca de lactancia materna.

Cabe mencionar que me comprometo a contestar de la forma más honesta, ya que mi participación incluye solamente resolver las preguntas de un cuestionario acerca de lactancia materna. De sus respuestas a las preguntas que se le plantean, se podrá fortalecer aún más mis conocimientos sobre el tema.

Se me informa también que al participar en la investigación, no obtendré beneficios económicos, pero si obtendré beneficios en conocimientos, ya que fortalecerá más mi conocimiento para poder llevar a cabo la lactancia materna de forma adecuada. Al término de la aplicación de este cuestionario, se reitera que la información que nos proporcione, en cuanto a sus respuestas, será manejada de forma anónima y confidencial. Una vez explicado el objetivo del protocolo de investigación, Yo -----  
 -----, estoy de acuerdo en participar en forma voluntaria en el estudio de investigación titulado “Conocimientos y factores sobre lactancia materna en mujeres durante el periodo de puerperio” en el Hospital Municipal Jiquipilco “Hermenegildo Galeana”, Estado de México.

-----  
 Nombre y firma  
 de la Madre de familia

-----  
 Nombre y firma  
 Responsable del proyecto  
 Selene Alonso López

-----  
 Nombre y firma  
 Asesor del proyecto  
 Mtra. Vicenta Gómez