

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y
ARTES DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN Y
ALIMENTOS**

TESIS PROFESIONAL

**RELACIÓN DEL VÍNCULO AFECTIVO
DURANTE LA LACTANCIA MATERNA Y EL
ESTADO NUTRICIO**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN NUTRIOLOGÍA**

PRESENTA

**JHOVANY GUILLERMO HERNÁNDEZ
JUÁREZ**

DIRECTOR DE TESIS

**MPA. MARÍA DEL ROCÍO PASCACIO
GONZÁLEZ**



TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

OCTUBRE 2019



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR



Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS A 18 DE OCTUBRE DEL 2019

C. JHOVANY GUILLERMO HERNÁNDEZ JUÁREZ

Pasante del Programa Educativo de: LICENCIATURA EN NUTRIOLOGÍA.

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:
RELACIÓN DEL VÍNCULO AFECTIVO DURANTE LA LACTANCIA MATERNA Y EL ESTADO NUTRICIO.

En la modalidad de: TESIS PROFESIONAL.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Firmas

MAN. VERÓNICA GUADALUPE COELLO TRUJILLO

DR. JOSÉ MANUEL BALLINAS AQUINO

MTRA. MARÍA DEL ROCÍO PASCACIO GONZÁLEZ

COORD. DE TITULACIÓN



CONTENIDO

| | |
|---|----|
| Introducción | 1 |
| Justificación | 3 |
| Planteamiento del problema | 5 |
| Objetivos | 7 |
| General:..... | 7 |
| Específicos:..... | 7 |
| Marco teórico..... | 8 |
| Investigaciones sobre el vínculo afectivo entre madre e hijo..... | 8 |
| Antecedentes del problema..... | 8 |
| interrogantes actuales en el mundo | 10 |
| Embarazos en adolescentes..... | 11 |
| Problemas de salud asociados con el embarazo en la adolescencia | 11 |
| Cambios en el embarazo | 13 |
| Estudios sobre la lactancia materna | 13 |
| Abandono de la lactancia materna | 14 |
| Anatomía y fisiología del seno | 15 |
| Funciones de la glándula mamaria..... | 16 |
| Glándula mamaria durante la gestación | 17 |
| Glándula mamaria y lactancia | 19 |
| Importancia de la lactancia materna | 19 |
| Beneficios de la leche materna | 20 |
| Composición de la leche materna..... | 22 |
| Calostro | 22 |
| Leche de transición | 22 |
| leche madura..... | 23 |
| Lactancia materna exclusiva | 25 |
| La lactancia materna en la prevención de la alergia alimentaria..... | 25 |
| Recomendaciones generales para amamantar..... | 25 |

| | |
|--|----|
| Valor de la leche materna | 26 |
| Lactancia artificial..... | 27 |
| Rescate de la lactancia materna | 27 |
| Lactancia materna indirecta..... | 28 |
| Aspectos psicológicos, vinculares y emocionales fomentados por la lactancia materna..... | 29 |
| Binomio madre e hijo..... | 31 |
| La madre como reguladora | 32 |
| Arrullos como parte de relaciones afectivas..... | 34 |
| Factores que influyen en la práctica de la lactancia materna..... | 34 |
| Peso y longitud al nacer | 36 |
| Malnutrición en México en niños menores de cinco años | 37 |
| Metodología..... | 38 |
| Diseño de la investigación..... | 38 |
| Población..... | 38 |
| Muestra | 38 |
| Muestreo..... | 38 |
| Variables..... | 38 |
| Criterios de la investigación | 39 |
| Instrumentos de medición | 40 |
| Descripción de las técnicas utilizadas | 41 |
| Descripción del análisis estadísticos y como se expresan los resultados. | 43 |
| Presentación y análisis de resultados | 44 |
| Conclusión | 69 |
| Propuestas y/o recomendaciones..... | 71 |
| Glosario | 73 |
| Anexos..... | 76 |
| Apéndice..... | 82 |
| Apéndice I. Tablas para la evaluación nutricional en niños menores de 5 años..... | 82 |
| Apéndice II. Clasificación del estado nutricio según imc, perímetro de cintura y el riesgo asociado de enfermedad, para mayores de 20 años. | 84 |
| Referencias documentales..... | 85 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Edad de las madres encuestadas..... | 45 |
| Figura 2. Mujeres que brindan lactancia materna..... | 46 |
| Figura 3. Lactancia materna después de los 6 meses de edad del lactante..... | 48 |
| Figura 4. Número de veces que brinda lactancia materna durante el día..... | 49 |
| Figura 5. Lugar donde brinda lactancia materna..... | 50 |
| Figura 6. Características del lugar donde brinda lactancia materna..... | 51 |
| Figura 7. Actividades durante la lactancia materna..... | 52 |
| Figura 8. Contacto visual madre e hijo durante la lactancia materna..... | 53 |
| Figura 09. Contacto piel con piel durante la lactancia materna..... | 54 |
| Figura 10. Forma de comunicación con el lactante durante la lactancia materna..... | 56 |
| Figura 11. Emociones (sensaciones) durante la lactancia materna..... | 57 |
| Figura 12. Sensaciones durante la lactancia materna cuando el lactante es mayor de 1 año de edad..... | 58 |
| Figura 13. Diagnóstico nutricional de las madres encuestadas..... | 60 |
| Figura 14. Diagnóstico nutricional del lactante de acuerdo al peso..... | 61 |
| Figura 15. Diagnóstico nutricional del lactante de acuerdo a la longitud..... | 62 |
| Figura 16. Madre brindando lactancia materna en el cuarto/dormitorio..... | 65 |
| Figura 17. Madre brindando lactancia materna en la sala..... | 66 |
| Figura 18. Bitácora de observaciones..... | 67 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Practica de lactancia materna y motivo de lactancia materna..... | 47 |
| Figura 2. Peso y longitud al nacer..... | 59 |
| Tabla 3. Relación de lactancia materna exclusiva/mixta con el estado nutricional del lactante..... | 63 |
| Tabla 4. Relación del estado nutricional de la madre y lactante..... | 64 |

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un nuevo miembro familiar es un acontecimiento muy alegre y deseado pero, introduce muchos cambios en la dinámica familiar, significa un reto para lograr que este nuevo ser crezca y se desarrolle con una óptima salud y una buena calidad de vida. Actualmente está sucediendo todo lo contrario en la mayoría de los casos, el nacimiento del nuevo miembro familiar no es deseado, ni tampoco planeado, por lo tanto es muy difícil fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo esto puede ser debido a muchos factores tales como; embarazos en adolescentes, falta de información de la madre, el cónyuge y demás familiares. Los conocimientos que tienen un gran número de madres son insuficientes y pocas veces contrapuestos a la realidad, son fácilmente presas de las absurdas decisiones, por familiares o amigos que ejercen sobre ellas una influencia negativa. La falta de confianza de la madre en su capacidad para amamantar a su hijo y producir leche en cantidad suficiente, puede ser grave motivo de preocupación, lo cual a su vez, puede inhibir la baja temprana de la leche y su flujo normal (Morillo, 2010). En los últimos años se ha visto un marcado aumento de embarazos en adolescentes entre 14 y 19 años y junto con ello una disminución de la práctica de la lactancia materna, la que no alcanza a llegar a los 6 meses de vida de los lactantes, que es uno de los momentos enriquecedores del vínculo emocional entre madre e hijo (Basain, 2015).

La lactancia materna es uno de los momentos enriquecedores y de especial singularidad para la formación y fortalecimiento del vínculo afectivo entre la madre e hijo, ya que además de proporcionarle al lactante valores nutricionales para su desarrollo físico, también proporciona un sin número de manifestación afectivas por parte de la madre y del lactante, donde estos dos están haciendo un intercambio que resulta beneficioso para ambos. La madre sirve de reguladora ante la satisfacción de necesidades del lactante como por ejemplo, hambre, tranquilidad, sueño y acercamiento físico (Marín, et al 2016).

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación existente entre el vínculo afectivo durante la Lactancia Materna y el estado nutricional del lactante, en mujeres en periodo de lactancia que acuden al Centro de Salud de Venustiano Carranza, en el periodo de agosto 2018 - julio 2019.

A través de mediciones antropométricas y encuestas; el diseño utilizado en la investigación es de tipo transversal explicativa y descriptiva. Se diseñó una encuesta para revisar tales suposiciones, observación o ideas, para obtener datos relacionados al tema, se aplicó técnicas antropométricas tales como; longitud y peso para evaluar el estado nutricional del lactante al igual que indicadores antropométricos como; Peso/ Edad, Talla/Edad y Peso/Longitud (Hernández, 2010).

Las estrategias utilizadas para la toma de peso, longitud y la aplicación de la encuesta fue citar a todas las madres que se encuentran en periodo de lactancia o madres con niños menores de 3 años, en el centro de salud 4 NB, de Venustiano Carranza, Chiapas, así como capacitar al personal de enfermería para el apoyo en la toma de peso y longitud.

Esta investigación demostró que existe una relación entre el vínculo afectivo durante la lactancia materna y el estado nutricional del lactante, al igual que se encontraron las causas principales que afectan la formación y fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo durante la lactancia materna, que son; ver televisión, escuchar radio o música, no tener contacto visual con el bebé, falta de información de dicho vínculo. Es decir se encontró que el principal problema no fue la falta de lactancia materna, si no la inadecuada forma de brindar lactancia materna.

Esto debido a la falta de información, por el nivel de escolaridad de la madre, por la influencia familiar y social, probablemente por la falta de interés del personal de salud en brindar información o por falta de interés del propio paciente.

JUSTIFICACIÓN

La maternidad es la capacidad pro creativa para la continuación de la especie humana donde se mezclan elementos de orden afectivo, social, económico, psicológico, educativo, ético y cultural, aunque para algunas culturas, la maternidad es factor de crecimiento, mientras que para otros, este proceso se transforma en un problema social (Morillo, 2010). Es por ello que surgió interés por la presente investigación, debido que la proximidad física ente la madre y el lactante en el proceso de la lactancia permite un contacto visual y acelera los rasgos de la conducta descritas en el proceso de creación de lazos afectivos. El proceso psicológico de la sedación, producido por la estimulación del pezón, libera hormonas maternas como la oxitócica y la prolactina, que mejoran la conducta afectiva materna en todas las especies analizadas, tanto masculinas como femeninas. La lactancia materna no solo busca saciar el hambre del niño, si no aliviar todo tipo de malestares y temores (Lawrence, 2005). Es de preocupación que en los últimos años se ha notado un marcado aumento de embarazos en adolescentes entre 14 y 19 años y junto con ello una disminución de la práctica de la lactancia materna aunado el vinculo emocional (Morillo, 2010).

En la actualidad dicho tema de investigación es de gran relevancia junto con ello la lactancia materna, que es uno de los momentos enriquecedores del vinculo emocional entre madre e hijo, según estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública a partir de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) su práctica se ha deteriorado en los últimos 6 años (de 2006 a 2012), particularmente en los sectores más vulnerables. Esto significa que son las poblaciones en mayor pobreza quienes están abandonando más aceleradamente las buenas prácticas de lactancia en el país. En la actualidad, la duración de la lactancia materna en México es de cerca de 10 meses; cifra estable en las tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). El resto de indicadores de Lactancia Materna indican un franco deterioro de la Lactancia Materna. El porcentaje de Lactancia Materna exclusiva en menores de seis meses (LME<6m) bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Similarmente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. La lactancia materna es un tema transversal en los profesionales que trabajan con población materno infantil, especialmente en condición de lactantes, considerando que es un práctica

habitual en la mayoría de ellos y que la misma puede implicar intervención en múltiples áreas disciplinarias, especialmente en nutrición por su valor nutricional y las ventajas a nivel de salud, crecimiento y desarrollo; en el área psicosocial por lo que teje en relación al vínculo afectivo, cargas emocionales de la madre alrededor de esta práctica, desarrollo emocional y social del lactante, es por ello de suma importancia la aportación de nueva información y para lograr mantener el óptimas condiciones el estado nutricional del lactante. Los resultados de las prácticas de alimentación infantil en 2012 mostraron que en Chiapas la prevalencia de niños alguna vez amamantados fue de 93.2 y 93.9% para 2006 y 2012, respectivamente. La lactancia materna predominante en 2012 fue de un tercio de los niños (35.4%). En 2012, la prevalencia de lactancia continua al año fue 49.5% y, la lactancia continua a los dos años, 30.1%, cifras mayores que las nacionales (35.5% y 14.1%, respectivamente).

Dicha investigación fue factible debido a que en el Centro de Venustiano Carranza Chiapas, es común que acudan adolescentes en periodo de lactancia, debido a la falta de información sobre la lactancia materna aunado al vínculo afectivo entre el binomio madre- hijo dejan de fortalecer dicho vínculo, es por ello que nace el interés de la presente investigación.

Ahondar en investigaciones científicas que relacionen el vínculo emocional durante la lactancia materna y el estado nutricional del lactante en diferentes áreas disciplinarias enriquece tanto al profesional como a la comunidad, a la sociedad en general, en el aspecto económico cuidando el bolsillo de la familia del nuevo integrante, de igual manera en el aspecto educativo al aporte de nueva información para difundir y poder formar profesionales para resolver problemas comunes de la sociedad, en el aspecto político de igual manera es de mucha importancia ya que se abordara problemas del estado nutricional del lactante de una manera integral para que los lactantes y las madres tengan una mejor calidad de vida (Bonilla, 2015).

El resultado de dicha investigación fue un impacto en cuanto a la población beneficiada a corto, a mediano y a largo plazo, debido a que el vínculo emocional entre madre e hijo en la lactancia materna, proporciona grandes beneficios como; la comunicación mediante gestos, miradas y actitudes corporales, es decir para la salud física y mental, tanto para la madre como para el lactante para poder adaptarse al nuevo medio que los rodea (Morillo, 2010).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El lactante tiene capacidades innatas, que si se le deja, pone en marcha al nacimiento. Puesto boca abajo sobre el abdomen de su madre, gracias a sus sentidos (sobre todo el tacto y el olfato) y a sus reflejos, es capaz de llegar por si solo al pecho materno. Ira buscando la areola, lo tocara con las manos, posteriormente con la boca y finalmente será capaz de agarrarse al pecho espontáneamente, con la boca totalmente abierta, abarcando el pezón y gran parte de la areola. El contacto piel con piel no sólo es importante para una buena instauración de la lactancia, si no que ayuda al recién nacido a adaptarse mejor a la vida extrauterina y a establecer un vinculo afectivo con su madre. Por ello, el contacto precoz se debe fomentar en todos los recién nacidos independientemente del tipo de alimentación que vayan a recibir posteriormente. Es importante ofrecer el pecho a libre demanda, siempre que el bebe lo requiera y todo el tiempo que quiera. De esa manera se asegura de que recibe todo lo que necesita, unas veces será alimento, otras, calor, cariño o protección (Basain, 2015).

La lactancia materna tiene múltiples ventajas, pero entre todas debemos destacar dos de manera especial; la primera es ser una inversión en salud para nosotros y nuestro bebé; y la segunda es que la lactancia es un vehículo que favorece al establecimiento del vínculo afectivo. Según la OMS “Cuando un bebé llora entre amamantamiento y amamantamiento no suele ser por hambre. Es una llamada de atención para recibir mejores cuidados. Pide que le tengan en brazos más a menudo”.

El amor, el contacto emocional, la empatía, son conceptos fundamentales para dar sentido a la primera relación y más privilegiada de un ser humano: la relación madre-bebé. Desde que se ofrece a los hijos todo el cariño que les brinda, pero muchas veces las obligaciones adultas nos alejan de contactar emocionalmente con las necesidades continuas de los pequeños (Morillo, 2010). La atención afectiva de los hijos debe situarse en el mismo nivel de importancia o mayor que la atención que se le brinda a cualquiera de sus necesidades. Los vínculos afectivos establecerán la base de sus relaciones afectivas a lo largo de toda su vida. Cada vez son más los estudios que exponen que las trasgresiones alimenticias durante el primer año de vida, principalmente durante el periodo de lactancia materna, se asocian problemas del estado nutricional (Basain, 2015).

La lactancia materna uno de los momentos enriquecedores y de especial singularidad para la formación del vínculo entre la madre y el hijo es el momento de la lactancia, ya que además de proporcionarle al lactante unos valores nutricionales para su desarrollo físico, también proporciona un sin número de manifestación afectivas por parte de la madre y del lactante, donde estos dos están haciendo un intercambio que resulta beneficioso para ambos. La madre sirve de reguladora ante la satisfacción de necesidades del lactante como por ejemplo, hambre, tranquilidad, sueño y acercamiento físico; al mismo tiempo el lactante colabora en la regulación de la lactopoyesis, es decir de la producción de la leche. La lactancia materna responde a un hecho biológico, pero inevitablemente está sujeta a influencias sociales, económicas y culturales (Marín, et al 2016).

El niño en su desarrollo intenta a través de su comportamiento estar cerca de la madre, utilizando conducta como succionar, sonreír, llorar y aferrarse. Esta búsqueda y necesidad de cercanía de la madre, con respecto al lactante, se conoce como conducta de apego y la conducta de la madre que intenta mantener al hijo cerca se denomina conducta de atención, la conducta de ambos, que se dirige a buscar y mantener la proximidad de uno con el otro se llama conducta afectiva. El formar el vínculo es un aprendizaje (neocórtex).

El amamantamiento es un momento donde debe estar acompañado de profundo sentimiento, donde se estimula el amor en el niño y se vinculan valores que desarrollaran confianza, y de esta conducta de apego, dará lugar a conductas intelectuales, formación de conceptos, el relacionarse con otras personas, es decir madre/ hijo/a, experimentaran una relación afectuosa, íntima y continua en cada mamada en las que ambos sientan satisfacción y gozo, siendo uno de los beneficios importantes en la lactancia materna, con la calidez que se proporciona en el amamantamiento, demostrando la seguridad que transmiten los brazos maternos

Atraves de observaciones realizadas y datos encontrados en el Centro de salud 4NB de Venustiano Carranza Chiapas, se detecto el abandono o poco interés en formar y fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo, pudiendo así ser una de las causas de problemas de malnutrición de lactantes, debido a múltiples factores como, los embarazos a muy temprana edad, falta información de lactancia materna, influencia familiar, social para el abandono de la lactancia materna o incorporación de leche artificial, grado de escolaridad de la madre, falta de comunicación en adolescentes en temas relacionadas a la sexualidad(Morillo, 2010).

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la relación existente entre el vínculo afectivo durante la Lactancia Materna y el Estado Nutricional del lactante, a través de mediciones antropométricas y encuestas, dirigido a las madres en período de lactancia del Centro de Salud de Venustiano Carranza.

ESPECÍFICOS:

Identificar las causas principales que pueden afectar el vínculo afectivo entre la madre y el lactante, por medio de la encuesta “encuesta sobre la relación del vínculo emocional entre madre e hijo y el estado nutricional del lactante”.

Evaluar el estado nutricional del lactante de acuerdo a los parámetros de peso, longitud.

Describir las acciones más comunes observadas en el proceso de amamantamiento y su repercusión entre el vínculo afectivo entre madre y lactante.

MARCO TEÓRICO

INVESTIGACIONES SOBRE EL VÍNCULO AFECTIVO ENTRE MADRE E HIJO

Al paso de los tiempos y con los cambios en el estilo de vida de las personas se han hecho una serie de investigaciones en las cuales se plasman de manera general aspectos básicos e información encaminada a mejorar la nutrición del lactante, sin embargo no se ha encontrado estudios en los cuales exista una intervención del profesional de la salud hacia la madre que tenga como objetivo el enseñar, practicar y mejorar el hábito de la lactancia materna para fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo como tal, no se le da la importancia necesaria para fortalecer dicho vínculo, es decir que la acción principal en dicha investigación es enseñar, practicar y mejorar los buenos hábitos de la lactancia materna, para así mejorar el estado de nutrición de lactante y brindarle una mejor calidad de vida (Girón, 2000).

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En el año 2011, se realizó una investigación en el Hospital Universitario Virgen del Rocío Sevilla España, sobre el vínculo madre-hijo en una unidad de neonatología por Cesado Gómez, Pavón de la Maya, Pazos Seosane, García Flores. La hospitalización del recién nacido y la consecuente separación de su madre, a la que ha estado vinculado durante el embarazo, supone para ésta un cambio en las expectativas sobre su rol y para el niño una experiencia estresante. La lactancia materna está evidenciado que es la mejor alimentación para un recién nacido. La presente investigación tiene como objetivo explorar si las madres de niños ingresados en una unidad de hospitalización consideran que la lactancia materna favorece el vínculo afectivo madre-hijo. En la Unidad de Neonatología del HUVR, se realizó un cuestionario validado y se exploró en una muestra de diez madres y sus respectivos hijos hospitalizados, alimentados por leche materna, la satisfacción percibida por ambos durante el proceso de lactancia y las repercusiones sobre el vínculo afectivo. Las madres manifestaron que la lactancia materna proporciona para ellas beneficios físicos: recuperación del parto, minimización del riesgo de padecer cáncer de mama; beneficios económicos; pero sobretodo, beneficios psicológicos: satisfacción emocional, sentimientos de utilidad, aumento del vínculo afectivo. Una de ellas manifestó sentimientos de desesperanza en la hospitalización, así como falta de información e intimidad. En general, sienten que su hijo durante el amamantamiento se encuentra satisfecho,

tranquilo, relajado, seguro, unido a su madre; así mismo la leche materna le facilita la digestión y refuerza su sistema inmunitario, favoreciendo su maduración y recuperación. Conclusiones: La lactancia materna promueve un especial vínculo afectivo entre madre e hijo, consiguiendo beneficios físicos y emocionales para ambos, por lo que hemos de facilitar que no se interrumpa durante la hospitalización.

En el año 2010, se realizó una investigación en el Hospital Clínico San Cecilio. Granada (España), Adolescencia, estrés y lactancia materna por (García et al 2010).

El trabajo que se presenta al II Congreso Iberoamericano sobre Nutrición en el Niño y el Adolescente es parte de una línea de investigación que nuestro grupo de trabajo viene desarrollando en el transcurso de los últimos años. El estrés se manifiesta cuando estamos tristes, cansados e incluso inseguros de nuestras posibilidades. Estos pensamientos pueden inhibir la hormona de la oxitócica, que es la responsable de que las células mioepiteliales se contraigan, dando lugar a la expulsión de la leche. De una forma natural, ese reflejo se produce cuando el niño inicia la succión y si la madre piensa en algo relacionado con su bebé. El material humano y grupo de estudio objeto de este trabajo se compone de 50 madres lactantes adolescentes que tuvieron sus hijos ingresados en la Unidad Neonatal.

El grupo de control está formado por 50 mujeres sanas adolescentes que fueron ingresadas en el servicio de púerperas del mismo hospital. Fueron valoradas anteriormente al parto, en el momento y con posterioridad al mismo. Se valora el nivel de estrés en esos tres momentos y la aparición de los síntomas de la lactogénesis. El método utilizado para evaluar el descenso del estrés fisiológico en el postparto ha sido el momento de aparición de la lactogénesis. También el retraso de la lactogénesis lo hemos relacionado con el tiempo total de lactancia materna en meses. Para la validación de la investigación se utilizara el análisis estadístico descriptivo entre las variables con vista a identificar y poder actuar sobre las asociaciones con un nivel de significación alto. En este estudio los diferentes resultados indican que la primiparidad, un parto largo, el estrés durante el parto, la glucosa alta en el cordón umbilical, la separación del bebé de la madre, así como tener menos de 20 años, son factores de riesgo para el retraso de la lactogénesis.

En Diciembre del 2013, la Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta, Toluca, Estado de México, publicada en la Revista electrónica de psicología Iztacala, realizo una investigación sobre Vínculo entre la madre y el niño obeso por Beatriz Gómez Castillo, Manuel Gutiérrez Romero, Verónica Morales Flores. La presente investigación tiene como objetivo identificar los vínculos maternos que propician la obesidad en los hijos. El vínculo que se establezca entre la madre y el hijo, va a permitir de manera favorable una relación diádica y a la posible comunicación entre ellos y cómo influye en su alimentación. Se entrevista a dos mujeres casadas, de 41 y 35 años de edad, que trabajan, y residen en zona urbana, madre de al menos un hijo con sobrepeso.

Posteriormente se aplican las laminas de la serie A y la lamina blanca del Test de Relaciones Objétales, con la finalidad de profundizar en la investigación. De acuerdo con las características de la investigación el método clínico fue el procedimiento adecuado para sustentar este estudio, el cual se caracteriza por el estudio de caso. Se llega a la conclusión que la obesidad de los niños es una de las consecuencias de su relación con la figura materna, quien contribuye a que el niño no logre discriminar entre la sensación de hambre de otras sensaciones o emociones. Esta es la base, en el origen de la obesidad, el niño repite ese comportamiento, el resto de su vida.

INTERROGANTES ACTUALES EN EL MUNDO

Cuando se reflexiona ¿por qué el alto índice de embarazo en adolescentes? ¿Por qué el aumento de la desnutrición Infantil?, ¿por qué la mortalidad infantil es tan elevada?, en la búsqueda causal, llegamos a considerar diversos factores que pueden influir en la aparición de estos problemas de salud que afectan a la población infantil y a las/los adolescentes, que afectan a su calidad de vida. Uno de los principales factores causales es la trasgresión alimentaría a que son objeto los lactantes y niños pequeños y el abandono de la Lactancia Materna, es decir una de las causas más relevantes y posibles de la desnutrición infantil, mortalidad infantil es los embarazos en adolecentes en todo el mundo aunado a eso el abandono de la lactancia materna (Morillo, 2010).

EMBARAZOS EN ADOLECENTES

En México, el 20% de los nacimientos anuales se presenta en madres menores de 20 años. Su importancia radica en el hecho de que el impacto de los embarazos en adolescentes comienza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y en especial cuando, debido a las condiciones sociales y económicas, el cuidado de la salud es inferior a lo ideal, lo cual es determinante en el desarrollo psicosocial materno posterior. Se ha señalado que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, y con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a utilizar menos los anticonceptivos y, en el caso de las jóvenes, a quedarse embarazadas, con el riesgo de llegar al aborto por la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una decisión mejor. Por ello es imprescindible tener en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender de forma preventiva la situación de la adolescente con riesgo de embarazo (Morillo, 2010).

En los últimos años se ha visto un marcado aumento de embarazos en adolescentes entre 14 y 19 años y junto con ello una disminución de la práctica de la Lactancia Materna, la que no alcanza a llegar a los 6 meses de vida de los lactantes. La lactancia materna es considerada la mejor forma de alimentación natural exclusiva para el neonato hasta los 6 meses de edad, siguiendo con la alimentación complementaria más idónea hasta los 2 años, que consiste en incorporar otros alimentos específicos para el lactante, además de constituir un factor de protección celular y humoral, fortaleciendo la afiliación materno filial. La lactancia materna se asocia muy mercedamente con la epidemiología, porque influye en la reducción de la tasa de morbilidad infantil, en los indicadores de salud de enfermedades infecciosas, y por otro lado no menos importante, mejora el desarrollo cognitivo (Morillo, 2010).

PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS CON EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La OMS en el año 2017 ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al

compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres menores de 24 años corresponde al 33% del total.

Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así como la nutrición insuficiente, determinan la elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes (Morillo, 2010).

La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad del embarazo se encuentran los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado.

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer, valoraciones bajas en el test de Apgar, traumatismo en el momento del nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, el cual es dos veces mayor que en otras edades maternas. El hijo de madre adolescente es, sin duda, un niño que causa preocupación ya que se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo.

El embarazo en la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Existen indicadores de que, dentro del propio grupo de adolescentes, las menores de 15 años son las que corren mayor riesgo. Algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial de la adolescente ya que al reto que representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer se suma el de la adolescencia (Morillo, 2010).

CAMBIOS EN EL EMBARAZO

El embarazo es un período de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento y fortalecimiento del vínculo afectivo que establecerá con el nuevo hijo. La leche materna es el alimento natural que le proporciona al lactante toda la energía y los nutrientes que necesita durante sus primeros seis meses de vida; este alimento contribuye a la maduración neurológica, renal y funcional del tracto gastrointestinal, desarrollo de los mecanismos de defensa inmunes y no inmunes de la mucosa gástrica (Marín, 2008).

ESTUDIOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

En Latinoamérica el fomento de la lactancia materna exclusiva, depende específicamente de los programas que cada gobierno dirija en su nación; destacándose siempre la colaboración de organismos internacionales como el World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) conjuntamente. A pesar del consenso universal de que la lactancia materna es la mejor manera de darle a una niña o niño un comienzo saludable en la vida, respaldado por una gran cantidad de evidencias sólidas sobre el papel fundamental que desempeña en la reducción de la mortalidad infantil, sólo el 37% de los niños y niñas en el mundo reciben exclusivamente leche materna durante los primeros seis meses de vida y sólo el 43% son amamantados en la primera hora de vida. Lo sorprendente es que a pesar de los 23 esfuerzos significativos en la política internacional y las iniciativas de más de 20 años para mejorar las tasas de lactancia materna, la tasa mundial de la lactancia materna exclusiva se ha mantenido por debajo del 40% (Tinoco et al, 2013).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), presentó el análisis del porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses el cual bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%).

Para que la lactancia tenga éxito debe haber motivación de la madre y participación del padre y otros miembros de la familia, así como del médico. La capacidad para lactar es natural en los mamíferos; la producción de leche depende de que la lactancia se inicie inmediatamente después del parto. Para alcanzar el éxito se debe colocar a la madre confortablemente, cambiar al lactante de posición durante la alimentación; estimular los reflejos del niño tales como búsqueda, succión, deglución. El tiempo dedicado a la alimentación del niño depende de su edad. Es importante la vigilancia y el seguimiento del crecimiento del lactante por profesionales de la salud. Un crecimiento deficiente del lactante sugiere que la cantidad de leche materna es insuficiente, en cuyo caso debe considerarse el uso de fórmulas o alimentos complementarios (López, 2007).

ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

Las bajas frecuencias de lactancia materna exclusiva, están presentes en todo el mundo. Según la OMS, tan solo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida. Las proporciones de lactancia materna exclusiva reportadas en la literatura son variadas y dependen de las características de cada país (Camargo et al, 2011).

En México se realizó la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, llevada a cabo en 1987, en diferentes ciudades del país, y que reveló algunos puntos interesantes:

1. Después de los 30 años de edad materna, la tendencia a amamantar al niño disminuye.
2. El grado de escolaridad materna va en relación inversa con la aceptación de la lactancia.
3. Cuando la madre tiene a su hijo por parto la aceptación a la lactancia es mucho mayor que cuando el neonato nace por cesárea.

Entre las razones más frecuentes para abandono de la lactancia se encontraron: nunca tuvo leche y el niño la rechazó.

De lo anterior se detectaron los factores de riesgo para abandono de la lactancia: La industrialización y urbanización de las poblaciones, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la cultura del biberón, la aparente falta de producción de leche, el rechazo del neonato,

las enfermedades maternas, la vía de nacimiento, la hospitalización de la madre para atenderle su parto en un sitio en donde no se promueve ni apoya la lactancia, optándose por la separación del binomio en los famosos cuneros fisiológicos, la falta de acceso a guarderías para los hijos de las madres trabajadoras, entre otras (León, 2010).

El abandono y descenso brusco de lactancia materna se produce en el primer mes de vida. Principalmente en los primeros 15 días, donde, con mucha frecuencia, las madres suelen introducir la famosa ayuda, palabra que por otra parte debería estar dirigida a actuar principalmente antes y durante este periodo (Maldonado, 2004).

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SENO

Es importante conocer la ubicación y de que están formadas las glándulas mamarias, en el ser humano se encuentran en la parte anterior del tórax, entre la segunda costilla y el sexto cartílago intercostal y sobre el músculo pectoral mayor. Miden entre 10 y 12 cm de diámetro cada una, y se encuentran horizontalmente entre el esternón y la línea axilar media. El grosor central de la glándula oscila entre 5 y 7 cm, puede pesar 200 g en una mujer no embarazada, y 400 0 600 g al final del embarazo y durante la lactancia (Ruíz, 2008).

Están formadas por la capa externa de la piel que actúa a manera de bolsita que contiene tejido subcutáneo conectivo y masa mamaria. La mama es un conglomerado de glándulas independientes formadas por conductos, lóbulos y alveolos, dispuestos en forma semejante a un árbol donde los conductos son los troncos; los lóbulos, las ramas y los alveolos, o ácinos, las hojas. Los alveolos miden aproximadamente 0.12 mm de diámetro, los conductos 2.0 mm de diámetro y los senos lactíferos, ampliaciones de los conductos situados por debajo del pezón, de 5 a 8 mm de diámetro. Cada mama consta de 15 a 25 lóbulos arreglados en forma de rayos convergentes en el pezón. Cada lóbulo se divide en 20 a 40 lobulillos y éstos a su vez, en 10 a 100 ácinos. Cada una de estas 15 a 25 glándulas menores o lóbulos tiene su salida al pezón por medio de un conducto, y toda estructura está sostenida por tejido conectivo y adiposo, así como por vasos sanguíneos y linfáticos para nutrir la glándula, producir leche y eliminar desechos; también tiene ramificaciones nerviosas que traen y llevan mensajes al cerebro. Todo esto yace sobre un lecho de tejido graso, estructura que le da a la glándula su apariencia redonda (Aguilar, 2005).

El seno incluye el pezón y la areola. El pezón contiene de 15 a 25 conductos lactíferos; cada uno de los lóbulos se abre al pezón en forma separada. También contiene terminaciones nerviosas sensitivas y glándulas sebáceas. El pezón cuenta con fibra musculares lisas, que se contraen ante el estímulo táctil, térmico o sexual, haciéndolo más firme y prominente. La areola es un círculo rojizo oscuro que rodea al pezón, el cual, en condiciones normales, se oscurece y amplía durante el embarazo y el periodo de lactancia. Las glándulas de Montgomery presentes en la areola son glándulas sebáceas grandes que secretan una sustancia lubricante que protege el pezón y la areola durante la lactancia, cuando son más aparentes; después de la lactancia, vuelven a su estado anterior. Es posible que el color oscuro de la areola sirva para que el lactante pueda localizar fácilmente el pezón, embocarlo y proceder a la succión (Aguilar, 2005).

FUNCIONES DE LA GLÁNDULA MAMARIA

Las glándulas mamarias tiene funciones muy importantes para la lactancia materna, cada seno o glándula mamaria está compuesto de 15 a 20 racimos llamados lóbulos mamarios, mismos que se conforman de lobulillos, semejante a un racimo de uvas. Los lóbulos son las estructuras funcionales de la glándula porque son quienes producen la leche materna a través de células especiales en su interior. Cada lóbulo está rodeado por grasa protectora y por tejido de sostén. Los conductos son los canales que transportan la leche materna dirigiéndose a la areola (el círculo de piel coloreada que rodea el pezón) y terminando su recorrido en la piel del pezón por donde sale la leche a través de pequeños poros.

La glándula mamaria tiene además en su interior, otros canales que llevan la sangre y que mantienen oxigenados a los tejidos que la forman (arterias y venas), componentes que le dan la sensibilidad (nervios) y, conductos que transportan a un tipo especial de células de la sangre encargadas de defender a nuestro organismo de los microbios (conductos linfáticos). Estos conductos desembocan su contenido en pequeñas estructuras con forma de frijol llamadas ganglios; el 75% se va a los ganglios de la axila y el resto a ganglios que están detrás del esternón, el hueso que une a las costillas por el frente del tórax y debajo de cada glándula mamaria se encuentra el músculo más grande de los músculos del pecho; el pectoral mayor, Éste tiene una capa muy fina adherida llamada aponeurosis (Sánchez, 2001).

Función principal:

- La lactogénesis o producción de leche.
- La expulsión de la leche.

La producción de leches es controlada por los estrógenos, la prolactina y el cortisol, y la última por la oxitócica. La leche se sintetiza a través de diferentes mecanismos que comprenden: síntesis y exocitosis celular, transportes pasivo y activo paracelulares. Durante el embarazo grandes concentraciones de estrógeno y progesterona producen cambios muy importantes en las mamas. Los vasos sanguíneos se dilatan, los pezones crecen, en tanto que el tejido posterior se torna más laxo, permitiendo así que el pezón se salga al exterior con mayor facilidad durante el amamantamiento (Sánchez, 2001).

GLÁNDULA MAMARIA DURANTE LA GESTACIÓN

El embarazo está lleno de muchos cambios físicos, psicológicos y/o emocionales, es importante recalcar que los cambios hormonales son de gran relevancia para la madre y para el lactante. Al elevarse los niveles de progesterona, prolactina y lactógeno placentario, los lobulillos se expanden en forma de racimos y la glándula mamaria se prepara para cumplir su función primordial, la secreción de leche.

El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos y la formación de nuevos acinos. Entre la 5a y la 8a semana de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas. Al final del primer trimestre aumenta el flujo sanguíneo por dilatación de los vasos sanguíneos y neoformación de capilares alrededor de los lobulillos, este proceso se caracteriza por el crecimiento de las mamas y el cambio de color más oscuro de las areolas y es notable y más sobresalientes las venas superficiales.

El crecimiento de la mama continúa durante toda la gestación. Después de las 20 semanas, cesa la proliferación del epitelio alveolar y las células inician su actividad secretora. Los alvéolos están formados por una sola capa de células epiteliales cuboideas o cilíndricas bajas, organizados en acinos cada una de las cuales tiene la capacidad de producir leche completa. Las

células mioepiteliales que rodean al alvéolo se alargan y adelgazan, durante este proceso la principal actividad es la de secreción de la leche (Neville, 2001).

Durante el embarazo, las células alveolares sintetizan lactosa en la célula, la que se absorbe, pasa a la sangre y se elimina por los riñones. Así, el aumento de lactosa urinaria durante el embarazo, refleja la actividad de síntesis de la mama. En la mayoría de las mujeres la excreción de lactosa por la orina comienza entre las 15 y 20 semanas de gestación. A esta capacidad de las mamas de sintetizar los componentes de la leche se le denomina Lactogénesis I, durante el embarazo el aumento de la lactosa en la orina de la madre, se correlaciona con el aumento de prolactina en el plasma. Esto sugiere que, la prolactina tendría un papel en la diferenciación celular y en la formación de galactocitos o células secretoras en el desarrollo de la mama durante la gestación. Por otra parte, el aumento de volumen de la mama se relaciona con el aumento del lactógeno placentario plasmático. Además, el crecimiento del pezón se relaciona con el nivel de prolactina y el crecimiento de la areola con el nivel de lactógeno placentario

Los pezones y las areolas aparecen más pigmentados, se desarrolla la areola secundaria de un color rosado y los pezones se observa una hipertrofia de las glándulas sebáceas en la areola primaria, que lubrican los pezones durante la lactancia. Durante la gestación tiene lugar una dilatación de los vasos sanguíneos, lo que provoca una congestión venosa mamaria. Los vasos se hacen visibles como una red azulada bajo la piel, es decir que durante este proceso continúan los cambios en la areola se torna de un color más oscuro y se incrementan de tamaño las glándulas sebáceas, la función principal de las glándulas sebáceas es lubricar los pezones durante la lactancia materna.

Durante el tercer trimestre se incrementa el tamaño de las mamas; las elevadas concentraciones de hormonas placentarias y luteínicas hacen que crezcan y proliferen los conductos galactóforos; así como el tejido de lóbulos y alvéolos. El desarrollo de la mama, desde el punto de vista funcional, finaliza hacia la mitad del embarazo, pero la lactancia está inhibida hasta que el nivel de estrógenos desciende, lo que ocurre después del nacimiento, durante este proceso finaliza el desarrollo funcional de las mamas, ya se encuentran listas y en espera del nacimiento del lactante (Aguilar, 2005).

GLÁNDULA MAMARIA Y LACTANCIA

La función principal de la glándula mamaria es la de producir leche para alimentar y proteger al niño después del nacimiento. La glándula mamaria constituye la característica fundamental de los mamíferos quienes alimentan a sus crías con el producto de su secreción. La histología de la glándula mamaria es similar en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos y un estroma de soporte. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo proteínas, grasas, hidratos de carbonos, sales, anticuerpos y agua. El proceso de síntesis y secreción celular es similar en todas las especies de mamíferos. La composición química de la leche y la disposición anatómica del sistema de almacenamiento y evacuación de la leche varía en las diversas especies (Pérez et al., 1999). La región del pezón y de la areola son zonas ricamente inervadas que constituyen centros erógenos en la mujer de especial importancia en el estímulo sexual (UNICEF, 2002).

La secreción láctea aumenta de un modo progresivo, para disminuir posteriormente, lo que depende del contacto, de la succión y de la estimulación del bebé. Cuando finaliza la lactancia, la mama comienza un periodo de involución que puede seguir un proceso rápido o algo más progresivo, para volver nuevamente a la situación anterior al embarazo. La involución es un fenómeno que atraviesa una serie de periodos, una vez ha cesado la secreción láctea, como la apoptosis del epitelio mamario, la remodelación de la glándula y la vuelta a su estado natural anterior al embarazo (Aguilar, 2005).

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche materna es el único “súper alimento y el único que por sí solo puede sostener la vida de manera independiente durante los primeros seis meses de vida de manera independiente durante los primeros seis meses después del nacimiento. Con un increíble amplio rango de funciones. Más allá de su papel primario de proveer nutrición, la leche materna es el alimento más saludable para los niños. Las fórmulas infantiles artificiales también proveen nutrición para los niños. Cada año los científicos descubren más beneficios para los niños y las madres cuya leche materna y lactancia no pueden ser replicadas (Lerma, 2011).

BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA

Durante siglos los seres humanos han sido mamíferos, la leche materna es una sustancia de vital importancia para los seres humanos; tiene un sin número de beneficios que mencionaremos más adelante.

La lactancia materna (LM) es el alimento diseñado por la naturaleza para el recién nacido y el lactante, sin embargo su prevalencia actual no es la óptima.

En diferentes investigaciones han demostrado ser un factor protector contra distintas enfermedades infectocontagiosas, del espectro atópico y cardiovasculares, así como contra la leucemia, enterocolitis necrotizante, enfermedad celíaca y enfermedades inflamatorias intestinales. Asimismo, tiene un impacto positivo en el neurodesarrollo, mejorando el coeficiente intelectual y pudiendo tener una disminución del riesgo de otras condiciones como el déficit atencional, trastorno generalizado del desarrollo y alteraciones de conducta. La LM puede prevenir un 13% de la mortalidad infantil en el mundo, y disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante en un 36%. La lactancia implica un ahorro directo en el uso de fórmulas lácteas y mamaderas, e indirecto en costos de salud asociados, muertes prematuras y años de vida ajustados por calidad, entre otros. Además, es medioambientalmente amigable sin dejar trazas de huella de carbono en su producción y consumo. El uso de fórmulas lácteas y mamaderas tienen riesgos inherentes asociados, aumentan el riesgo de las alteraciones de la cavidad oral, tales como respiración bucal, mal oclusión, alteración de la mordida y caries. Por último, la microbiota intestinal, la oxigenación y la termorregulación de los lactantes se ven afectadas negativamente por su uso.

Entre los principales beneficios para la su salud se encuentran: menor riesgo de hemorragia y anemia tras el parto, debido a que el útero se contrae más rápidamente y disminuye el sangrado vaginal; recuperación más rápida del peso ganado durante el embarazo; menor riesgo de fracturas óseas y de osteoporosis en el periodo de la pos menopausia y disminución del riesgo de cáncer de mama y ovario. A esto cabe añadir que la lactancia natural aumenta la autoestima, transmite seguridad e implica una relación afectiva peculiar que permite generar satisfacción y placer en la mujer. La lactancia materna es una opción más económica, pues siempre se encuentra disponible a la temperatura adecuada, así mismo, no se necesita de esterilizarla y por

último no hay errores en su preparación ni en su manipulación. La leche materna es un alimento ecológico que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse, dado esto, se ahorra energía y se evita la contaminación del medio ambiente. Proporciona ventajas económicas a la familia, menor absentismo laboral de los padres y más tiempo libre para dedicar a la familia. Además, la menor incidencia de enfermedades en los bebés amamantados supone un ahorro en medicamentos (Calama, 2009).

La leche materna contiene todos los nutrientes indispensables para la alimentación del niño; además. Provee los siguientes beneficios:

- Favorece la maduración del sistema nervioso central.
- Brinda protección porque sirve de apoyo inmunológico.
- No produce alérgicos, ni irritación de la mucosa, por ser un fluido corporal y porque los nutrientes están adaptados a sus necesidades.
- Interviene en la maduración del tubo digestivo.
- Previene la hemorragia post parto.
- Ayuda a la recuperación de la figura corporal de la madre.
- La madre presenta menor incidencia de cáncer de mama, ovario y de útero.
- Actúa como anticonceptivo cuando se lacta en forma exclusiva y frecuente.
- Es más económica.
- Esta siempre lista porque no requiere preparación.
- Es estéril, por lo que no hay peligro de contaminación.
- Favorece la alimentación nocturna.
- El niño amamantado es mejor adaptado socialmente y tiene menos problemas.
- El niño siente confianza y seguridad.
- La madre puede conocer más a su hijo, puede acariciarlo, brindarle amor y establecer lazos de protección.
- Disminuye los problemas de ortodoncia y la incidencia de caries dental.
- Previene la desnutrición y la obesidad.
- Lo protege contra enfermedades como la diarrea y las infecciones respiratorias.

- Niños que consumen leche materna en los primeros meses de vida tienen un mejor desarrollo de sus habilidades.
- Posee la temperatura ideal (Aguayo et al, 2004).

La lactancia materna es de vital importancia para la supervivencia de los seres humanos y para tener una mejor calidad de vida, pero diversos factores han disminuido las cifras del consumo de lactancia materna, pero es importante rescatar la práctica de lactancia materna.

COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2015 hace mención que la leche humana es un líquido producido por la glándula mamaria, de gran complejidad biológica, constituido por nutrimentos, sustancias Inmunológicas, hormonas, enzimas, factores de crecimiento, células inmunoprotectoras etc., que la hacen nutricional e inmunológicamente apta para que un niño sea alimentado con ella en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Capacitar al personal de salud acerca de sus beneficios, incrementará el apoyo y fomentará este alimento en los lactantes. Se recomienda la alimentación al seno materno hasta los dos años de edad, aun cuando se inicie la alimentación complementaria, pues la leche materna ofrece grandes beneficios

CALOSTRO

Compuesto complejo y de pequeño volumen, tiene alta densidad y está presente en el último trimestre de la gestación. Contiene un contenido elevado de proteínas, minerales, inmunoglobulinas, lactoferrina y leucocitos que facilita el crecimiento de lactobacillusbífidus en el aparato intestinal, lo que favorece la eliminación de meconio. El calostro tiene un bajo contenido en grasa y lactosa, por lo que se adapta a las necesidades calóricas del bebé en su primera semana de vida (Aguilar, 2005).

LECHE DE TRANSICIÓN

Se le denomina así a la leche que produce entre el calostro y la leche madura, y su composición cambia desde el séptimo día hasta quince días después del parto. Durante esos días los niveles de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles disminuyen, y aumentan la lactosa, las

grasas, las vitaminas liposolubles y el valor calórico. Se produce durante el cuarto y hasta el décimo día postparto; en ella se puede detectar un aumento en el contenido de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles con respecto al calostro; puede observarse una disminución en las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles y en resumen un aumento sustancial de calorías. Estos cambios ocurren bruscamente y se estabilizan alrededor del día decimocuarto; el volumen promedio que produce la glándula mamaria es de entre 600 a 750 mL/día (Delgado et al, 2009).

Aparece entre el tercer y quinto día, en tanto que la leche madura lo hace después de la semana. Entre la lactancia, la secreción láctea ocurre de manera interrumpida y se denomina primera leche. Se destaca por su baja concentración de glóbulos grasos y gránulos de proteínas (2% de grasa). Las madres la califican de leche aguada o azulada y es la que se ve fluir al iniciar la lactancia (Rossato et al, 2009).

LECHE MADURA

Se produce a continuación de la leche de transición. Se secreta en promedio alrededor de 700-900 ml/día durante los 6 meses posteriores al parto para luego descender a 500 ml/día durante los 6 meses siguientes. Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas. La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico. La leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño. La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero. La caseína está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. Las proteínas del suero son entre otras: alfa-lactoalbúmina (de alto valor biológico para el niño), seroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna. La IgG es la más importante del plasma y se encuentra en una cantidad 5 veces mayor que la IgA. El calostro tiene 1740 mg/100 ml de IgA contra 43 mg/100 ml de IgG. La leche madura tiene 100 mg/100 ml de IgA contra 4 mg/100 ml de IgG .

La IgA protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente. La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferodependientes (*E. Coli*), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño (Rossato et al, 2009).

La lisozima constituye un factor antimicrobiano no específico. Tiene efecto bacteriolítico contra *Enterobacteriaceae* y bacterias Gram positivas. Contribuye a la mantención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorias.

Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y provienen del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales. La taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.

La cistina es otro aminoácido que está combinado con la metionina en una proporción de 2:1, específica para la leche humana. El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa.

La lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central (Delgado et al, 2009).

Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. De ahí en adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones interindividuales tanto en el contenido total de grasa, como en la composición de los ácidos grasos.

Los principales componentes de la leche materna son: proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas. Su pH es de 7 (neutro) y su aporte energético está entre 70 a 76 Kcal/dl (100ml o 3.5 onzas). Contiene una alta concentración de grasa y proteínas de alto peso molecular. Su composición es la apropiada para el lactante humano (Rossato et al, 2009).

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La Lactancia Materna en forma exclusiva se utiliza cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida (Cante et al, 2012). La lactancia natural es una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano del lactante; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más. Se hace necesario promover la importancia de la lactancia materna en la supervivencia, crecimiento y desarrollo infantil, así como también la salud y bienestar de la madre. La alimentación de los lactantes y niños pequeños ha sido una preocupación constante de los organismos internacionales que le han dedicado importantes esfuerzos personales y económicos (OMS, 2015).

LA LACTANCIA MATERNA EN LA PREVENCIÓN DE LA ALERGIA ALIMENTARIA

La lactancia materna tiene elementos protectores y promotores o facilitadores de la enfermedad alérgica. Los elementos protectores como la inmunoglobulina A (IgA) confieren protección pasiva inmunológica al lactante y se encuentra en altas concentraciones, principalmente en calostro. Neonatos de alto riesgo para enfermedad alérgica (historia familiar de alergias o presencia de eccema infantil temprano) son alimentados con lactancia materna exclusiva y por mucho más tiempo, con el objeto de reducir o retardar la aparición de las enfermedades alérgicas. En el caso de los niños con riesgo atópico cuyas madres no realizan ninguna restricción dietética, éstos pueden estar expuestos a alérgenos presentes en su leche. Entre estos se encuentran la B-lactoglobulina, la caseína y la gammaglobulina bovinas en cantidades mínimas, que no tienen un valor nutricional pero si inmunológico (Olmos, 2003).

RECOMENDACIONES GENERALES PARA AMAMANTAR

Según lo indicado por la Secretaria de Salud (SSA) en el 2013 en la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en

materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, existen distintas posiciones para colocar al bebé y múltiples combinaciones de ambas. En cualquier caso y sea cual sea la postura o posición escogida, es importante verificar que el agarre del bebé al pecho y la succión, sean correctos, es decir sea con la boca bien abierta, los labios invertidos, la lengua debajo del pezón y con nariz y barbilla tocando el pecho.

Para llevar a cabo una lactancia materna exitosa deben existir dos reflejos:

La primera el reflejo de erección del pezón, que se provoca con un masaje ligero con los dos dedos en los pezones, este reflejo lo hace más saliente y fácil de tomar por el bebé. El reflejo de búsqueda del bebé, que se produce tocando el borde inferior del labio del bebé. Este reflejo hace abrir la boca y buscar el pezón, siendo el momento para introducirlo. Se deben alternar los senos cada vez que se amamante, iniciando con el que se terminó de dar en la ocasión anterior. Se debe ayudar al bebé a eliminar el aire ingerido. La alimentación al seno materno debe ser a libre demanda, día y noche; es decir, alimentar cada vez que el niño o niña quiera sin un horario estricto. En las primeras semanas el niño o niña come con intervalos cortos, en ocasiones hasta menos de dos horas; esto es normal debido a que el tiempo de vaciamiento gástrico es muy rápido. Esto ayuda a mantener el suministro de leche (SSA, 2013).

VALOR DE LA LECHE MATERNA

La OMS en el año 2004 hace mención que inmediatamente después de dar a luz al bebé, la madre produce calostro, es decir una sustancia amarillenta que en su contenido se encuentra un sin número de sustancia inmunológicas por ambos pechos. En pocos días, la leche «llega» y aumenta en cantidad para suplir las necesidades del niño. La producción de leche de una madre está influenciada sobre todo por las exigencias de su bebé, cuya succión estimula la secreción de la leche. Mientras más succiona el bebé, mayor cantidad de leche producirá la madre.

La cantidad con frecuencia aumenta alrededor de 100 a 200 ml al tercer día del nacimiento, 400-500 ml en el momento en que el bebé tiene diez días de edad. La producción puede continuar aumentando hasta 1 000 ó 1 200 ml por día. Un niño sano de cuatro meses de edad, de peso promedio y que crece normalmente, si se alimenta al pecho exclusivamente, recibirá de 700 a 850 ml de leche materna en un período de 24 horas. Un litro de leche materna produce cerca de 750 Kcal. Se realizó una comparativa con la leche de vaca suministra más o menos

tres veces más proteína y cuatro veces más calcio, pero tan sólo alrededor de 60 por ciento de los carbohidratos presentes en la leche materna humana. Casi todos los estudios indican con claridad que los nutrientes que hay en la leche de una madre sana y bien nutrida, satisfacen todas las necesidades nutricionales del niño si consume suficiente leche.

LACTANCIA ARTIFICIAL

La industria alimentaria desarrolló las primeras leches infantiles hace más de un siglo, aunque ha sido a lo largo de los últimos años cuando se han conseguido las mayores innovaciones en esta área alimentaria, de acuerdo a los avances realizados en el conocimiento de las necesidades nutricionales del lactante. La fórmula infantil se va a definir como el alimento adecuado para sustituir total o parcialmente a la leche humana, cumpliendo con las necesidades nutricionales del lactante. Se dividen en tres categorías: fórmula de inicio, de continuación y de crecimiento. La Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición (ESPGAN) publica en Europa el primer informe sobre lactancia artificial. Se trata de un informe clave en el que por primera vez se hacen recomendaciones, con bases científicas, teniendo en cuenta la composición de la leche materna y las necesidades y características madurativas del lactante. Se propone el nombre de fórmulas infantiles para designar a las leches artificiales y se establece la diferencia entre las fórmulas de inicio y las de continuación. Con posterioridad se publicaron informes similares, diseñándose las bases científicas para la elaboración de fórmulas destinadas a recién nacidos pre término, alérgicos o con problemas metabólicos. Cercano el último cuarto de siglo, se resuelve también el tratamiento nutricional de múltiples procesos patológicos, hasta entonces con escasas posibilidades de supervivencia (García, 2009). En la actualidad con los avances tecnológicos se han creado formulas artificiales de la leche materna y es de vital importancia en lactantes con ciertas patologías que imposibiliten la práctica de la lactancia materna, el problema es que la sociedad está sustituyendo la lactancia materna por la artificial y este fenómeno cada vez es a favor de la leche artificial, dejando a un lado los grandes beneficios que nos proporciona la lactancia materna; tanto para la madre como para el lactante.

RESCATE DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna ha padecido las consecuencias de una sociedad industrial que favorece el consumismo. El ser más beneficiado por la lactancia natural es el infante. El ser humano recién

nacido necesita el calor corporal y la protección materna para sobrevivir, representando las mamas una fuente nutritiva indispensable que sustituye a la placenta. Sólo es posible rescatarla condicionando a la madre para que amamante a sus hijos. En nuestro país la situación de la lactancia materna se produce dentro del marco de pobreza, falta de educación, falta de infraestructura de servicios básicos e insalubridad en el microambiente familiar, lo que hace más peligrosa la sustitución que el propio abandono del amamantamiento. Los métodos más importantes para lograr una mayor motivación de las madres en relación a la lactancia materna incluyen la información, educación y el contacto con otras madres que amamantan (Duno, 2004).

LACTANCIA MATERNA INDIRECTA

La Secretaria de Salud (SSA) en el año 2013 busca apoyo permanente para que la madre decida y logre mantener activo el periodo de lactancia. Asimismo, la madre debe saber que al principio la extracción de leche es en poca cantidad y con la práctica ésta aumenta. Se indicará a la madre cómo debe extraer su leche con tres sencillos pasos: preparación, estimulación y extracción. Para la preparación se realiza el lavado de manos con agua limpia y jabón, secarlas con trapo o toalla limpia. Estimulación, dividida en dos fases: fase I: hacer masaje en la parte superior del pecho con los dedos en un mismo punto, oprimir firmemente con un movimiento circular hacia el tórax; después de unos segundos, dar masaje en otra área del pecho. Fase II: frotar cuidadosamente el pecho, desde la parte superior hacia el pezón, de manera que produzca cosquilleo. Continuar con este movimiento desde la base del pecho al pezón. Esto ayuda a relajar a la madre y estimula el "aflojamiento" de la leche. La extracción que consiste en colocar el pulgar sobre el pezón y los dedos índice y medio aproximadamente 3 a 4 cm atrás de él, formando una letra "C". Empujar los dedos hacia el pecho, sin moverse, dar vuelta o girar los tres dedos como imprimiendo las huellas digitales en una hoja de papel. Este movimiento oprime y vacía los senos. Sacudir suavemente ambos pechos, inclinándose hacia delante. La fuerza de gravedad ayuda a la bajada de la leche.

Las presentes servidoras consideran que es de suma importancia para cada profesional de la salud tener conocimiento de manera general y amplia a cerca de los procesos por los cuales se produce, almacena y distribuye la leche materna, por lo anterior se redactó de manera detallada todos y cada uno de los principales temas que ameritan énfasis en la presente investigación. La

lactancia materna es la estrategia de menor costo en la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil; por tanto, contar con información de base científica que apoye la formulación de políticas y estrategias de promoción a la lactancia materna es relevante para la implementación de habilidades para mejorar la salud integral de los niños y niñas de nuestro estado y de nuestro país. La importancia de esta investigación, radica en el interés de promover la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, debido a que representa un derecho para los niños y niñas, mismos que traen grandes beneficios, tanto para los propios bebés así como para las madres. No sólo se habla de ventajas en materia de salud, también se toman en cuenta las ventajas para la economía familiar pues la compra de fórmulas infantiles representa un gasto innecesario. El interés del tema principal y de los temas abordados en la planeación del mismo se realizan a fin de poder darlo a conocer en las áreas de salud que sean necesarias para promover de esta manera la práctica que durante generaciones se ha ido perdiendo lo que implica un proceso enseñanza-aprendizaje, el cual proyecta cosechar múltiples resultados a futuro que logren un mejoramiento en la calidad de vida de toda la familia. Por lo anterior, es importante su evaluación con base a los datos que se obtendrán de forma sistemática, de manera que esta información realmente y oriente el fortalecimiento tanto de los programas de lactancia así como del refuerzo en conocimientos que se carecen por parte de la población en general y de las madres lactantes primordialmente. Es decir, es necesario que los profesionales de la salud tengan conocimientos sobre la producción, almacenamiento y distribución de la leche materna para así brindar más importancia en el fomento o fortalecimiento de información en relación de lactancia materna, para así contribuir al rescate de esta importante y vital práctica que se ha deteriorado en los últimos años (Marín, et al 2016).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS, VINCULARES Y EMOCIONALES FOMENTADOS POR LA LACTANCIA MATERNA

Es posible encontrar un sin número de teóricos que han profundizado en este tema desde hace muchos años atrás. El bebé se encuentra en un estado de dependencia absoluta de su madre, ésta le proporciona cuidados maternos, y él solo puede aprovecharlos o sufrirlos. El tipo de dependencia variará según el sostén que proporciona la madre. Este concepto implica además de sostenerlo literalmente, protegerlo, hacerse cargo de su cuidado, tomar contacto con su piel,

su temperatura, sus ojos. Constituyendo la base de las primeras relaciones de objeto y experiencias gratificantes del niño, que llevarán a una buena salud mental. Su desarrollo estará facilitado por el cuidado de una madre “suficientemente buena”. Durante los primeros meses de vida, las formas de comunicación entre el bebé y su cuidador son a través de la mirada y el tacto. Mirarse mutuamente ayuda a reconocer emociones en el otro, desarrollando la capacidad de empatía en el bebé (Winnicott, 2012).

Según Altmann y Gril en el año 2000 manifestó que los niños pueden sufrir situaciones reales de pérdidas, separación, y rechazo, influyendo en su desarrollo y con posibles consecuencias patológicas a largo plazo. Según Bowlby (1998) se ha reconocido durante mucho tiempo que las bases de la personalidad del niño se inscriben a partir de las primeras relaciones. En un principio es la madre quien a través de sus acciones asegura la proximidad con su hijo. Ese vínculo que une a la madre y el niño es fruto de una serie de conductas que tendrán como consecuencia aproximarse a ella. Mientras que el llanto y la sonrisa tienden a acercar a la madre hacia el bebé, el seguimiento y el aferramiento aproximan al bebé hacia la madre. Ésta al promover conductas de succión, llanto, sonrisas, seguimiento y el aferramiento estimula a forjar el apego en el niño, que se pondrá de manifiesto a partir de los seis meses aproximadamente. Tanto la especie humana como algunos otros mamíferos tienen como condición esencial la conducta del apego.

Según la teoría psicológica toda función psíquica, ya sea sensaciones, percepciones, acciones o pensamientos implican un proceso afectivo que se puede apreciar entre madre e hijo desde el nacimiento, y abrirán las puertas para otras relaciones posteriores, dando forma al psiquismo infantil. Expresa además la importancia que tiene la presencia de la madre y las mínimas acciones que ésta ejerce sobre él bebe, provocando acciones rudimentarias en él que aportarán al desarrollo de su personalidad. Al realizarse de forma adecuada, la lactancia materna desencadena una serie de sucesos muy importantes para el desarrollo emocional del bebé, con ayuda de la lactancia la madre podrá comprender las necesidades del bebé para satisfacerlas, esto permitirá que él comience a sentirse protegido por el otro, y además facilitará la creación de vínculos adecuados (Ospina et al, 2015).

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 2012 hace mención que el bebé tiene la necesidad ser sostenido emocionalmente por otro, se interesa por

otro, busca relacionarse con otro, porque son rasgos de salud mental. Esto podrá llevarse a cabo siempre y cuando haya un otro, el cuidador primario quien generalmente es la madre, que esté disponible para él, puesto que el bebé al nacer no puede valerse por sí solo, está indefenso, necesita de otro que le brinde lo necesario para sobrevivir.

Los bebés o niños pequeños responden a ciertas acciones de su madre, ya sea su voz, sus manos, un gesto sonriente, ser amamantados, saciar su hambre, estos factores le dan al bebé la sensación de gratificación y amor; atributos del pecho bueno, que le ayudan a contrarrestar sentimientos de pérdida y frustración del pecho malo. Se construye a partir del vínculo con el pecho y la relación entre las ansiedades y defensas.

Estas interacciones satisfactorias que vive el bebé lo ayudan a tener confianza para adentrarse a explorar el mundo con seguridad ya que sentirá a sus cuidadores atentos y disponibles a sus necesidades. Esto se puede llevar adelante gracias al apego que se genera, un vínculo psicológico que se desarrolla a partir de las relaciones que se dan entre madre e hijo por medio del contacto, la mirada, el sostén, que son facilitadas por la alimentación.

Se considero que es la madre la persona ideal para cuidar al bebé ya que durante el embarazo y hasta unas semanas después del mismo la madre se encuentra exaltadamente sensible, casi enferma, la única capaz de entrar en este estado, luego salir fácilmente y olvidarlo, llamado preocupación materna primaria. Al principio el bebé no puede autorregular sus emociones y queda expuesto a reacciones emocionales intensas, y gracias al relacionamiento con otro quien a través del abrazo, acunarlo, calmarlo, o hablarle irá enseñándole a regular sus emociones, esto será fundamental para la estructuración de su psiquismo (Silva, 2013).

BINOMIO MADRE E HIJO

La lactancia materna es de gran relevancia para la madre y el lactante en lo biológico, lo psicológico y lo social. Las relaciones entre el binomio madre-hijo han sido abordada de múltiples maneras a lo largo de las últimas décadas, esta relación es de vital importancia para el desarrollo posterior del infante en el ámbito físico, afectivo y social. Uno de los momentos más enriquecedores de esta vinculación es el momento de la lactancia ya que en esta, tanto la madre como el recién nacido están haciendo un intercambio que resulta beneficioso para ambos. Los seres humanos cuentan con la necesidad de mantener una interacción social, de establecer

relaciones estrechas y perdurables a lo largo del tiempo con su progenitora o figura materna y de esta manera configurar sus relaciones posteriores en la adolescencia, juventud y vida adulta.

Es decir que el binomio madre e hijo es de suma importancia para toda la vida del lactante, tanto para el crecimiento y desarrollo a lo largo de su vida.

La lactancia materna es una práctica alimentaria que además de tener beneficios en lo biológico, posibilita a su vez un momento único de relación entre la madre y el lactante, se destaca de esta práctica que como vínculo afectivo y cognitivo es tan importante como el nutricional, puesto que el contacto entre la madre y el niño, brinda confianza al niño y genera en la madre un incremento de su unión con el pequeño. Tanto en función de su importancia en la alimentación como en términos de su valor para el desarrollo psicomotor. También proporciona un sin número de manifestaciones afectivas, al realizar un intercambio amoroso que resulta beneficioso para ambos (Albino, 2015).

LA MADRE COMO REGULADORA

La madre sirve de reguladora ante la satisfacción de necesidades del infante como por ejemplo, hambre, tranquilidad, sueño y acercamiento físico; al mismo tiempo el recién nacido colabora en la regulación de la leucopoyesis, es decir de la producción de leche. Además, la lactancia materna responde a un hecho biológico, pero que inevitablemente está sujeta a influencias sociales, económicas y culturales (Gorrita, 2013). La OMS menciona acerca de la lactancia: la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. Prácticamente todas las mujeres pueden amantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. Así mismo (Gómez, 2009). Le otorga gran importancia a esta forma de alimentación al decir: la lactancia materna durante la infancia está entre los factores más importantes a corto y a largo plazo el crecimiento, la composición corporal y el desarrollo de las funciones psicomotoras en los primeros años de vida, también otorga beneficios a largo plazo sobre diferentes procesos fisiológicos y metabólicos, jugando un papel clave en la disminución de las incidencias de varias enfermedades. La leche materna no es solo un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del

niño a lo largo del tiempo (modificando su composición y volumen), y que facilita su adaptación a la vida extrauterina (Marín, 2016).

ARRULLOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

Es común considerar que la canción de cuna o arrullo es dulce y pegadiza, rítmica y repetitiva, llena de ternura y afecto, protección y cariño, de los padres al bebé; o más comúnmente de la madre –abuelas, tías, hermanas, nanas– al recién nacido, ya que ésta es la persona que usualmente realiza la tarea de consolar y dormir al pequeño o pequeña. Lo que importa es la emoción cantada, esto es, los sentimientos y afectos musicalizados, más allá de las letras, palabras o frases, en una palabra, el contenido de la misma. El balanceo y arrullo, el susurro y abrazo desempeñan un papel central en esta expresión. Música y afecto se trenzan y complementan. Sin embargo, y pese a que su contenido pueda no considerarse central, éste existe.

Las canciones son más que mensajes textuales y sus significados culturales, pues hay que tener en cuenta los tiempos, espacios, contextos y efectos, así como el género, estilo, estructura y ritmo musical, y además gestos y comportamientos de carácter corporal.

Los movimientos de interacción temprana madre-hijo consolidan la presencia de vínculos innatos, es decir, la tendencia a establecer una sincronía entre las actividades motoras del recién nacido con el ritmo del adulto, con su “lenguaje”, y esto representa una predisposición para el desarrollo de las capacidades musicales. La relación interpersonal íntima que se produce en las canciones de cuna para facilitar el sueño o calmar la inquietud del niño, le capacita para poder percibir las modulaciones de la voz y la carga emocional que encierra esa acción (Gómez, 2009).

Por medio de la mama llegan al bebé elementos musicales tales como compás, ritmo, sonoridad, contornos melódicos ascendentes o descendentes, etcétera, que pueden activar el estado general o tranquilizarlo. La estimulación rítmica lenta, regular y monótona, induce por sí sola al estado de sueño, sobre todo si posee un tempo musical que tiende a ir aminorando o “rallentando” progresivamente. A este ritmo hay que añadir una melodía que no debe contener cambios bruscos ni intervalos relevantes. Estas características hasta tal punto son comunes en todo el mundo e influyentes, que se ha comprobado que entonando estas canciones sin

palabras, solamente con el murmullo de la voz, constituyen el mejor tratamiento para los trastornos del sueño en los niños de cualquier país y cultura (Ochoa, 2005).

ARRULLOS COMO PARTE DE RELACIONES AFECTIVAS

Las canciones de cuna son parte de las relaciones afectivas, una emoción cantada, la transmisión de sentimientos en la díada madre-hijo de forma íntima e intensa. Es por ello que el aprendizaje que puede darse durante la expresión de una canción en esta relación llega más hondo si cabe, pues es transmitida a través de lo afectivo. El sonido –latido del corazón y canción– y el calor humano –del abrazo– son fundamentales. Arrullo y amor se trenzan, lo mismo que la letra musicalizada y los afectos.

Todo sentimiento es, en mayor o menor medida, expresión. La expresión de sentimiento es siempre un signo que comporta algún significado. No sólo debemos aprender la diferenciación de la expresión de sentimiento, sino que debemos también aprender su significación (como signos). No pretendemos esto por nosotros mismos (ante el espejo), sino en el rostro, los gestos, el tono de voz, los tipos de reacción, el comportamiento de otros. Para podernos mover en nuestro elemento social debemos adquirir el “lenguaje” de los sentimientos no menos que el de los conceptos. Lo que es más: puesto que ambos lenguajes se superponen mutuamente, la adquisición de uno de ellos presupone también la del otro y es que “el hombre está afectivamente en el mundo y la existencia es un hilo conductor de sentimientos más o menos vivos y difusos, cambiantes, que se contradicen con el correr del tiempo y las circunstancias”(Oliveros, 2004).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

Es de suma importancia mencionar los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna; La deficiente información de la madre, el cónyuge y demás familiares. Los conocimientos que tienen un gran número de madres son insuficientes y no pocas veces contrapuestos a la realidad, son fácilmente presas de las absurdas decisiones, por familiares o amigos que ejercen sobre ellas una influencia negativa.

La falta de confianza de la madre en su capacidad para amamantar a su hijo y producir leche en cantidad suficiente, puede ser grave motivo de preocupación, lo cual a su vez, puede inhibir la bajada temprana de la leche y su flujo normal.

La leche materna se produce como resultado de la acción conjunta de hormonas y reflejos los cuales pueden ser inhibidos por diversas situaciones emocionales de la madre. Cada vez que el niño succiona, estimula las terminaciones nerviosas del pezón y la areola; estos llevan mensajes a la hipófisis de la madre, que responde produciendo una hormona llamada prolactina; ésta va por la sangre hasta el alvéolo mamario y hace producir la leche.

Las terminaciones nerviosas estimuladas mediante la succión del pezón y la areola llevan también un mensaje al cerebro de la madre; donde se produce otra hormona llamada oxitócica; ésta, al igual que la prolactina, va por la sangre hasta los pechos y actúa, produciendo contracción de las células musculares que rodean los alvéolos, impulsando así la salida de la leche a través de los conductos galactóforos hasta el pezón. Este reflejo de la oxitócica, no depende sólo de la succión del pezón, sino también de las emociones y sentimientos de la madre. Las preocupaciones frenan el reflejo de la succión. Hay relación de la depresión con disminución del periodo de lactancia natural (Morillo, 2010).

La producción de leche depende de la frecuencia con que se le da el pecho al niño, la fuerza de succión del niño, el reflejo de bajada de la leche y el uso de anticonceptivos orales. Los cambios en la asistencia del parto y la interferencia hospitalaria: la demora del inicio de la succión del pecho puede traer inconvenientes posteriores para la lactancia. El tetero induce al rechazo de la succión del pezón, ya que esta última requiere un esfuerzo mayor por parte del niño. Aplicar demasiada anestesia durante el parto; mantener un horario fijo y no espontáneo. Inconvenientes anatómicos: Pezones invertidos la mayoría de ellos pueden ser modificados por maniobras y masajes.

Las fisuras, agrietamientos y posterior infección del pezón son en gran parte prescindibles, evitando el aumento de tensión láctea de los senos. Autoimagen y sexualidad: Existe un grupo de mujeres que están dispuestas a sacrificar la lactancia en beneficio de su estética. Muchas mujeres temen que la lactancia arruine la figura del pecho. Muchas mujeres se avergüenzan de amamantar en público. Actividad social y trabajo de la madre: Obstáculo considerable tanto

para el inicio como para el mantenimiento de la lactancia. Desconocimiento de la madre lactante de la protección legal. Nuevos valores sociales: A menudo se considera a la lactancia materna como anticuada, signo de atraso o como una vulgar práctica campesina. El biberón se ha convertido en un signo de posición. El papel de la industria, la facilidad de contar con fórmulas cada vez más parecidas física y bioquímicamente a la leche humana ha descendido la práctica de la lactancia materna. El impacto de la publicidad comercial contrapone al éxito de la crianza natural el beneficio de la crianza artificial.

Eliminación de drogas por la leche: Casi todas las sustancias ingeridas por la madre van a aparecer en la leche, existen en la leche materna enzimas que metabolizan a los fármacos (acetilación de las sulfas). Casi nunca es necesario suspender la lactancia materna definitiva debido a que la madre esté tomando una droga. El anticonceptivo común de estrógeno y progesterona disminuye el abastecimiento de leche, mientras que la progesterona sola reduce su contenido proteínico (Morillo, 2010). Se debe ofrecer a los padres un asesoramiento sanitario dirigido a la salud integral, mediante la detección de problemas físicos y emocionales en etapas precoces, brindar información que prevengan las conductas de riesgo y ofrecer programas preventivos para estimular conductas que favorezcan estilos de vida saludables en todas las etapas del ciclo vital humano.

PESO Y LONGITUD AL NACER

El peso al nacer (PN) es un indicador de la salud del recién nacido; tiene un fuerte impacto en la sobrevivencia neonatal, infantil y posterior, así como en la salud, el crecimiento y el desarrollo. La longitud al nacer (LN), otro indicador de la salud fetal, añade información sobre las condiciones intrauterinas y también influye en el crecimiento subsecuente. Los factores determinantes del PN se conocen cada vez más, en tanto que se tiene menos información sobre los relacionados con la LN. La nutrición materna es uno de los principales determinantes del PN y del retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU, peso al nacer para la edad gestacional), pero éste no distingue el peso de la longitud del neonato. En países en desarrollo la desnutrición materna podría explicar hasta 50% de la incidencia del RCIU.

La LN, independientemente del peso, es un valioso indicador de la salud del neonato y tiene una estrecha relación con la talla en niños menores de 5 años. Una baja talla en el niño,

especialmente cuando se asocia a la desnutrición crónica, se relaciona con un rendimiento intelectual inferior, mal desempeño escolar y menos capacidad física para el trabajo. El potencial de beneficiar el estado de nutrición y la calidad de vida a largo plazo se limita a ciertas etapas de la vida. Esas ventanas de oportunidad se presentan, sobre todo, a partir de la concepción y hasta los dos o tres primeros años de vida. Por esa razón, desde el punto de vista de la salud pública, es prioritario identificar los determinantes de la LN, junto con aquellos del PN. Únicamente mediante la identificación de los factores determinantes de la LN y del PN insuficientes se podrán establecer de manera adecuada las intervenciones para prevenir su ocurrencia y sus secuelas (Flores, 2012).

MALNUTRICIÓN EN MÉXICO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

Se ha documentado una tendencia de disminución de la desnutrición en menores de cinco años de edad en México, a partir de las encuestas de 1988 a 2012 (24 años), donde se observan los mayores logros entre 1999 y 2006, probablemente como resultado del aumento en la disponibilidad y acceso de alimentos, y disminución en la incidencia de enfermedades infecciosas en la infancia. Sin embargo, en 2012 persistía una prevalencia de desnutrición crónica (baja talla para la edad) de 13.6%, considerada relativamente alta en comparación con las de países de ingresos y desarrollo similares. Esto es motivo de preocupación debido al efecto adverso irreversible de esta situación en el desarrollo físico e intelectual de los niños.

Las prevalencias de esta condición han sido heterogéneas entre diversas subpoblaciones, seguramente por diferencias en los determinantes sociales de la desnutrición infantil, lo cual es un problema multicausal. La desnutrición y el sobrepeso/obesidad constituyen la “doble carga”, pues la primera tiene efectos adversos en el crecimiento físico y el desarrollo intelectual, mientras que el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de obesidad a lo largo del curso de la vida, lo que aumenta la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, que se traducen en discapacidad y muerte prematuras y una elevada carga económica (Cuevas et al, 2018).

METODOLOGÍA

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tuvo un enfoque metodológico mixto (cuantitativo y cualitativo), con la intención de demostrar la relación del vínculo afectivo durante la lactancia materna y el estado nutricional del lactante. Para encontrar dicha relación se diseñó una encuesta para obtener datos relacionados a la misma, al igual que fue de mucha utilidad las observaciones y suposiciones realizadas (Hernández, 2010).

Para fines de esta investigación se utilizó el diseño transversal explicativo, descriptivo. Pretende explicar y describir la relación entre dos o más variables es decir, del vínculo afectivo durante la lactancia materna y el estado nutricional del lactante de igual manera se describió en figuras lo que la población de estudio refirió al momento de recolectar información, y la aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo con el propósito de describir las variables y analizar la incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2010).

POBLACIÓN

La población a estudiar fueron 42 mujeres lactantes que acuden al Centro de Salud, en el periodo comprendido de agosto- julio 2019. Centro de Salud que se encuentra ubicado en 2a calle poniente s/n, Centro, Municipio de Venustiano Carranza, Chiapas.

MUESTRA

42 Mujeres en período de lactancia que pertenecían al programa prospera en el periodo de agosto 2018 - julio 2019.

MUESTREO

La muestra fue de aproximadamente de 42 mujeres en período de lactancia que acudieron al centro de salud de Venustiano Carranza Chiapas en el programa prospera, el tipo de muestreo fue al azar simple, es decir los que quisieran participar en la investigación (Hernández, 2010).

VARIABLES

Dependiente

Medidas antropométricas mediante los siguientes indicadores;

- Peso del lactante: Se trata de un reflejo de la masa corporal total de un individuo (tejido magro, tejido graso y fluidos intracelulares y extracelulares).
- Longitud del lactante: Crecimiento lineal de un individuo.

Independiente

- Lactancia materna exclusiva: alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido (OMS, 2003).
- Alimentación con fórmula el lactante recibe sucedáneos para la leche materna, ya sea líquido o semisólido tomado con biberón.
- Alimentación mixta el lactante recibe otros líquidos y/o alimentos con leche materna (UNICEF, 2012).
- Problemas parasitarios presentes en el niño.
- Preparación e higiene de los alimentos
- Mal estado de nutrición de la madre

CRITERIOS DE LA INVESTIGACIÓN

Criterios de inclusión

Todas aquellas mujeres en período de lactancia que pertenecían al programa próspera en el periodo de agosto 2018 - julio 2019 del Centro de Salud de Venustiano Carranza que aceptaron participar en la investigación y que sean residentes de Venustiano Carranza, Chiapas.

Criterios de exclusión

Madres que no estén en periodo de lactancia, niños que no sean lactantes, lactantes que tengan problemas para alimentarse al seno materno (labio leporino, contraindicación por el médico) y que no sean residentes de Venustiano Carranza Chiapas.

Criterios de eliminación

Madres que no aceptaron participar en la investigación, que no aceptaron responder la llamada telefónica y la visita a domicilio.

Criterios éticos

Para fines de la investigación los datos recabados fueron resguardados y se utilizaron única y exclusivamente para esta investigación en forma anónima. Y con consentimiento del participante.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Instrumento cualitativo

El principal instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una encuesta estructurada con preguntas claras, preguntas cerradas precodificadas por entrevista personal mediante la escala de likert con el fin de especificar el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración(ítem o pregunta), es decir es una declaración que se le hace a los sujetos(alumnos, profesores, o a un grupo en específico en nuestro caso madres que se encuentren en periodo de lactancia) para que estos lo avalúen en función de su criterio subjetivo; generalmente se pide a los sujetos que manifiesten su grado de acuerdo o desacuerdo mediante unos niveles. La escala likert es un método que mide el grado positivo como neutral y negativo de cada enunciado (Morillo, 2006).

En la encuesta se abordaron datos de la madre como: edad, nivel educativo, ocupación, teléfono, dirección y número de partos, así como antecedentes del recién nacido: sexo, peso y longitud al nacer, actividades que realiza durante el amamantamiento, el lugar donde amamanta es tranquilo, emociones presentes durante el amamantamiento. La encuesta se realizó directamente con la madre del lactante; los datos antropométricos se tomaron al momento de la entrevista. Posterior a esto se realizaron las siguientes preguntas en un periodo de tiempo determinado, variables independientes como: el tipo de alimentación brindada ya sea lactancia materna exclusiva, alimentación con fórmula y alimentación mixta, causas de abandono de lactancia materna y edad de inicio de ingesta de alimentos diferentes a la leche (alimentación complementaria).

Se utilizó una bitácora de campo, para describir las observaciones realizadas antes, durante y después del amamantamiento en distintas circunstancias y lugares.

Instrumento cuantitativo

Para la recolección de datos cuantitativos se realizó la valoración antropométrica y se utilizaron datos como peso y longitud.

En la toma de longitud se empleó un estadiómetro infantil portátil marca seca 213 que permite la toma de longitud durante la medición, lo cual asegura la precisión en los resultados, este instrumento tiene un alcance de medición de 1025 cm.

Para el peso se utilizó una báscula para bebés marca seca, modelo 762, el cual tiene un diseño clásico para bebés en forma de un calzoncillo, con capacidad de 10 kg.

Para el análisis del crecimiento y desarrollo del recién lactante se utilizaron las curvas de crecimiento infantil propuestas por la OMS en 2006.

DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS UTILIZADAS

La entrevista utilizada en el cuestionario se realizó de manera directa con consentimiento informado y respectivamente firmado por la madre. Abarcó preguntas abiertas y cerradas basadas en las variables estipuladas.

Fue aplicado a las madres del presente Centro de Salud.

La encuesta consta de 25 ítems, fue clasificada de la siguiente manera;

- Datos generales de madre
- Datos generales del lactante
- Lactancia materna
- Alimentación complementaria
- Datos antropométricos

La longitud y peso del lactante fue obtenida el día de que se aplicó la encuesta en el presente Centro de Salud. Para la obtención del peso de los lactantes se utilizó una báscula para bebés

mecánica marca seca 725, con capacidad de 16 kg y división de 5g. Se colocó al niño desnudo y sin pañal sobre la báscula, con ayuda de la madre se cuidó que todo su cuerpo permaneciera dentro de la charola y distribuido de manera uniforme sobre el centro de ésta. La medición se realizó dos veces para evitar posibles errores en la obtención del resultado.

Para la longitud, se utilizó un infantómetro tipo colchoneta portátil marca seca 210, con rangos de medición de 10 a 99 cm y división de 5mm. Con ayuda de las madres, se colocó al lactante en posición supina, con el cuerpo alineado en posición recta al eje del infantómetro cuidando que los hombros y la cadera tengan contacto con el plano horizontal y que los brazos se encuentren a los lados del tronco. Se procuró que la coronilla de la cabeza del niño tocara la base fija del infantómetro, colocada en el plano de Frankfort; es decir, alineado, perpendicularmente al plano horizontal. Se sostuvo la cabeza y se extendieron las piernas del infante, vigilando que las rodillas no se encontraran flexionadas. La lectura se hizo al mismo tiempo que se tenía ejerciendo una leve presión la base móvil del infantómetro sobre el talón del neonato, procurando que el pie formara un ángulo de 90°. . La medición se realizó dos veces para evitar posibles errores en la obtención del resultado.

Para la realización de la bitácora de campo para describir las observaciones realizadas durante el amamantamiento se utilizó una libreta de 100 hojas tipo francesa color roja.

Recomendaciones técnicas:

- Cuando la cinta métrica de que se disponga carezca de un segmento inicial en blanco será necesario adicionarlo para realizar una medición más precisa.
- Se debe situar la cinta en las áreas descritas, excepto en aquellos casos en que la cabeza tenga una determinada forma y no sea precisamente en ese lugar donde se encuentra el valor máximo.
- Se debe vigilar que la presión que se ejerza sobre la cabeza a través de la cinta sea suficientemente fuerte para disminuir al máximo el error que produce el pelo sin que esto llegue a afectar al niño.
- El área donde se colocará la cinta debe estar libre de hebillas, ganchos, cintas, peinados elaborados o cualquier otro tipo de obstáculo.

Para poder captar la información cualitativa (emocional) se utilizó una bitácora de campo y una cámara HD LWD color negro digital portátil grabador de video videocámara HD MAX. 16.0 megapixel 1280720 DV 6,9 Cm TFT LCD visualización 16x zoom.

La información obtenida a través de encuestas y cuestionarios fueron examinados por las mismas encuestadoras. Para el análisis de los datos se tomaron en cuenta los siguientes indicadores: longitud/para la edad, peso para la edad y peso para la longitud, basado en los patrones de crecimiento infantil propuestos por la OMS en 2006.

DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICOS Y COMO SE EXPRESAN LOS RESULTADOS.

Para analizar e interpretar de manera sistemática los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos, se manejaron mediante la escala de likert es un método que mide el grado positivo como neutral y negativo de cada enunciado (Murillo, 2006). Con el fin de obtener datos relacionados a las variables de los objetivos de estudio, donde se codificaron cada una de las variables, donde fueron analizados mediante el uso del programa IBMStatisticalPackageforthe Social Sciences (SPSS), Versión 2.0. Así como la aplicación de técnicas antropométricas como; longitud y peso para la obtención de datos para la evaluación del estado nutricio del lactante.

SPSS es un software popular entre los usuarios de Windows, es utilizado para realizar la captura y análisis de datos para crear tablas y gráficas con data compleja. El SPSS es conocido por su capacidad de gestionar grandes volúmenes de datos y es capaz de llevar a cabo análisis de texto entre otros formatos más.

La base del software estadístico SPSS incluye estadísticas descriptivas como la tabulación y frecuencias de cruce, estadísticas de dos variables, además pruebas T, ANOVA y de correlación. Con SPSS es posible realizar recopilación de datos, crear estadísticas, análisis de decisiones de gestión y mucho más.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La presente investigación se llevo a cabo en el Centro de salud 4 Núcleos Básicos de Venustiano Carranza, Chiapas, el estudio se realizo en 42 mujeres en periodo de lactancia materna que se encuentran incluidas en el programa “Prospera”, la temática tratada es relacionar el vinculo afectivo durante la lactancia materna y el estado nutricional del lactante, durante el periodo comprendido de agosto 2018 a julio 2019, a través de la aplicación de la “encuesta sobre la relación del vinculo afectivo entre madre e hijo y el estado nutricio del lactante”, y la evaluación del estado nutricional del lactante(peso y longitud) .

En el centro de salud de Venustiano Carranza Chiapas, se encontró que la mayoría de las madres que brinda lactancia materna se encuentran entre 20 a 30 años de edad, en una proporción intermedia entre 31 a 45 años de edad, y algo que destaco fue que una proporción muy mínima tienen entre 10 y 19 años, es decir que son cifras muy agradables ya que significa que una proporción muy pequeña son madres en periodo de lactancia y menores de edad.

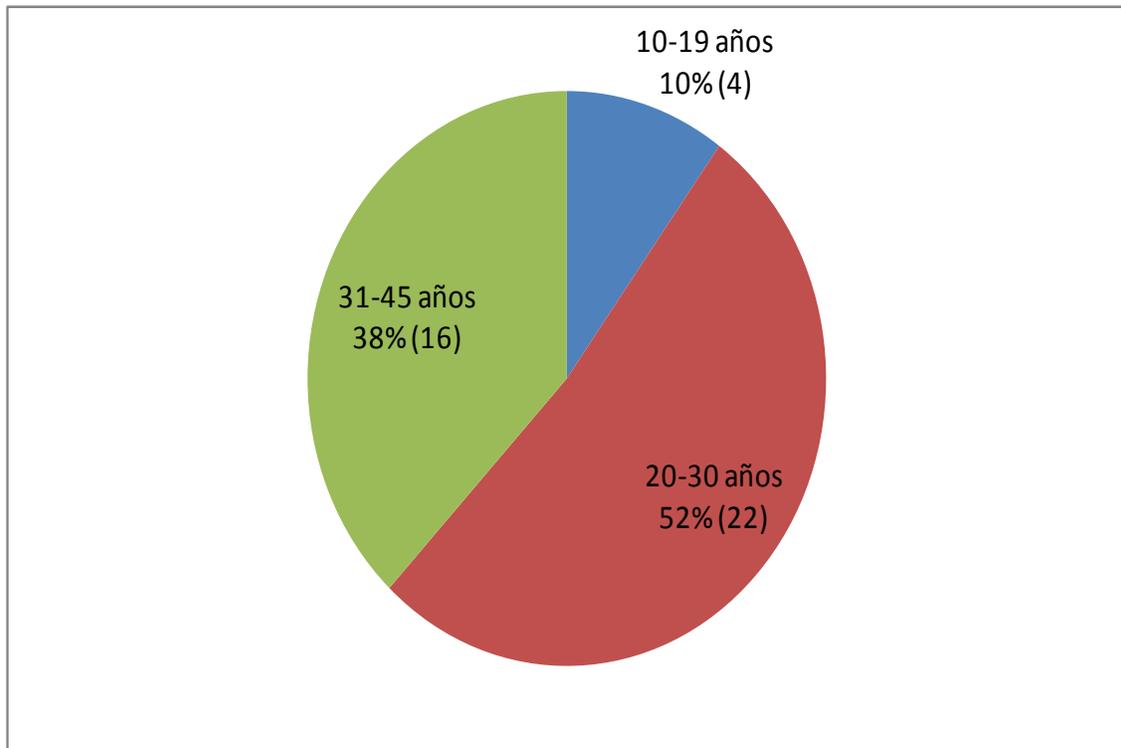


Figura 1. Edad de las madres encuestadas.

Es posible confirmar según Morillo en el año 2010 en el artículo de enfermería global donde menciona que en México el 20% de los nacimientos anuales se presenta en madres menores de 20 años, el impacto de los embarazos en adolescentes comienza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo, por lo tanto la población estudiada tiene menos riesgo de salud en relación a la edad de la madre debido a que se encuentran entre 20 a 30 años de edad.

De igual forma Según Morillo en el año 2010 menciona que los riesgos médicos asociados tales como hipertensión, bajo peso al nacer, parto prematuro así como una nutrición insuficiente disminuyen considerablemente en hijos de madres de 20 a 29 años de edad.

En la población estudiada más de la mitad de las madres encuestadas brindan lactancia materna exclusiva, sin embargo es preocupante que menos de la mitad de la población no brindan lactancia materna, a pesar de ello puede observarse que en muy poca proporción brindan lactancia materna con poca frecuencia, es decir que son cifras muy satisfactorias debido a que es una mínima proporción quien no realiza esta actividad con frecuencia.

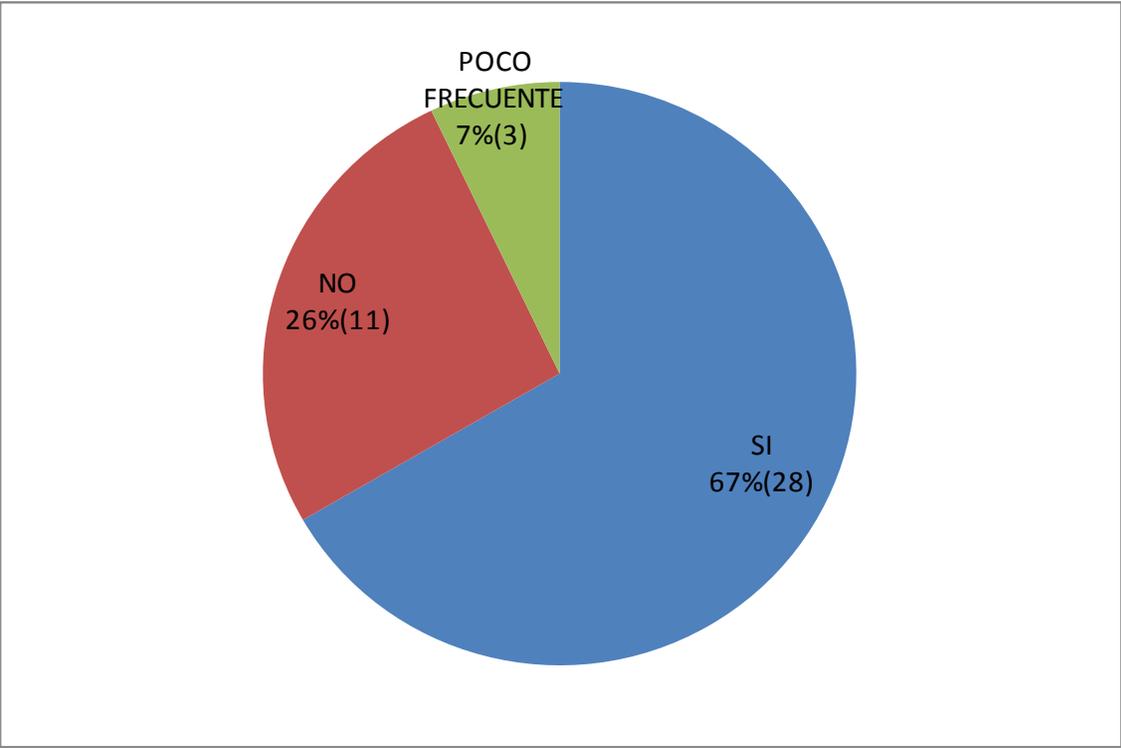


Figura 2. Mujeres que brindan lactancia materna.

Un estudio realizado en México por Fierro en el año 2012 sobre lactancia materna, menciona que en los últimos seis años se ha deteriorado; cabe destacar que en la presente investigación se refleja esta misma situación, lo cual es preocupante y por lo tanto es preciso motivar a la práctica de la lactancia materna, por ser el momento ideal para desarrollar un vínculo emocional entre el binomio madre e hijo.

En lo que respecta a la práctica de lactancia materna y los principales motivos por los cuales se brindan, se encontró que la mayoría ofrecen afortunadamente lactancia materna y lo realizan por decisión propia, casi no permiten que influya la familia en su toma de decisión en cuanto a la lactancia materna.

Tabla 1. Practica de lactancia materna y motivo de lactancia materna.

| Lactancia materna | Decisión propia | Influencia del sector salud | Influencia familiar |
|-------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|
| Si | 64% (27) | 5% (2) | 2% (1) |
| No | 29% (12) | | |

Según Marín en el año 2010 en sus investigaciones demostró que la lactancia materna es uno de los momentos enriquecedores del vínculo emocional entre madre e hijo, pudiendo reafirmar lo en la presente investigación se encontró que en su mayoría brindan lactancia materna por decisión propia, sin embargo es preocupante que una proporción muy pequeña esta influenciando por el sector salud dejando en evidencia su poca participación del sector salud en la promoción de dicha actividad.

La mayoría de las madres encuestadas continúan la lactancia materna después de los 6 meses de edad del lactante, sin embargo es preocupante que menos de la mitad de la población nunca brindaron lactancia materna, esto principalmente por la falta de información, o por influencia familiar. En una mínima proporción no continuaron con la lactancia materna después de los 6 meses de edad del lactante.

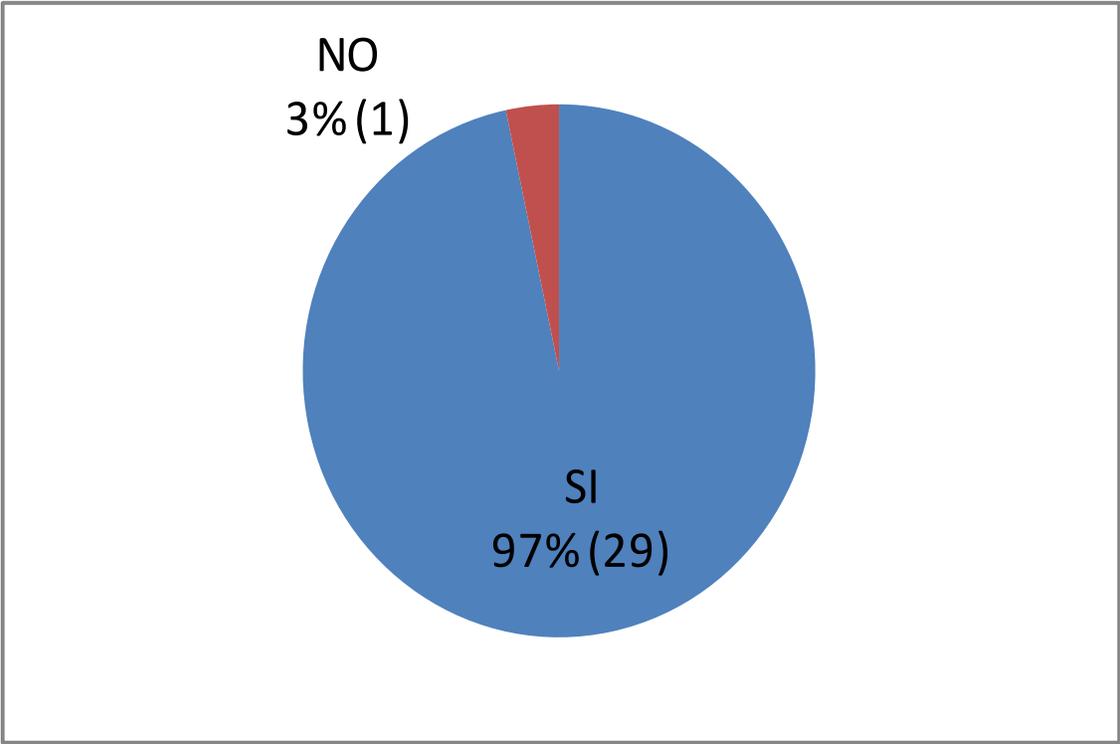


Figura 3. Lactancia materna después de los 6 meses de edad del lactante.

Es posible confirmar según Romero en el año 2012 que la práctica de lactancia materna se ha deteriorado en los últimos 6 años. El porcentaje de Lactancia Materna exclusiva en menores de seis meses (LME<6m) bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Similarmente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó, sin embargo una proporción más alta practican lactancia materna, que es uno de los momentos enriquecedores del vínculo emocional entre madre e hijo.

Una gran parte de madres encuestadas brindan lactancia materna a libre demanda, esto siendo posible debido a que la mayoría de las madres encuestadas se dedican a las actividades domesticas en casa, organizándose de mejor manera para poder brindar lactancia materna y no estar sujeta a horarios establecidos, y en muy poca proporción brindan lactancia materna de 1 a 2 veces al día, esto debido a que cuenta con el tiempo suficiente para no restringir las tetadas al lactante.

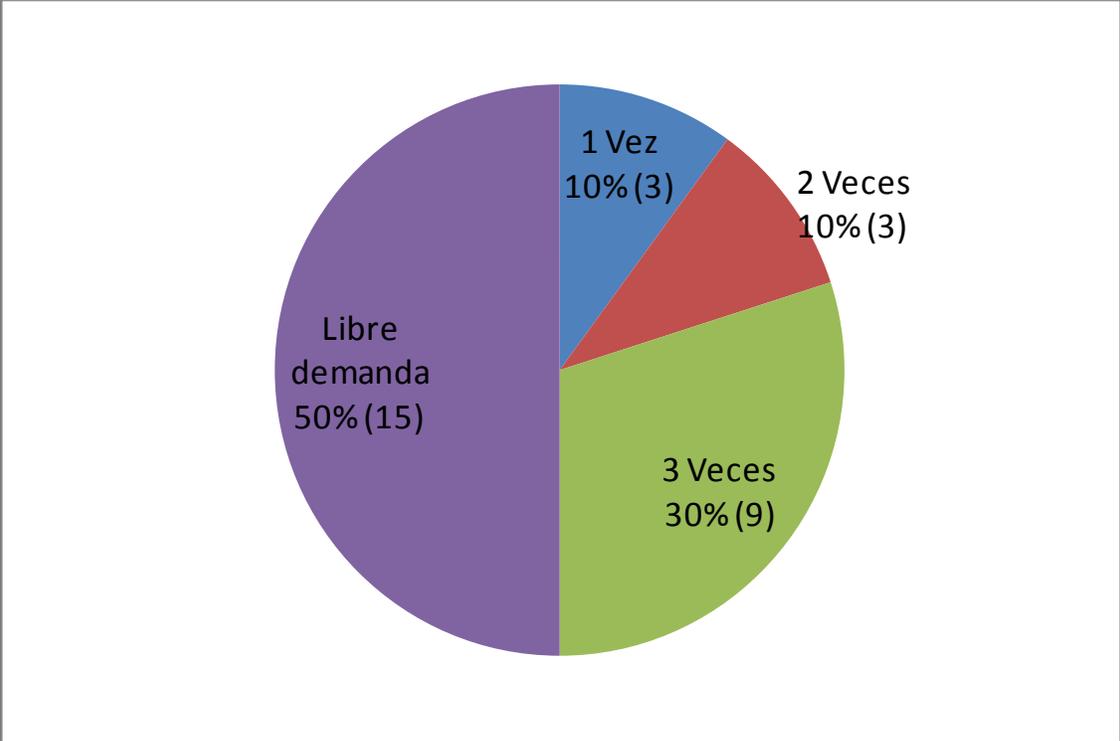


Figura 4. Número de veces que brinda lactancia materna durante el día.

Con respecto al lugar donde brindan lactancia materna se encontró que en mayor proporción brindan lactancia materna en dos lugares específicos de la casa; sala y cuarto/dormitorio, esto debido que en esos lugares sienten mayor comodidad y más tranquilidad para poder amamantar sin ningún problema, adicional que es esos lugares cuentan con distractores como son televisión, radio o celular y en muy poca proporción brindan lactancia materna en la cocina y el comedor por motivo a que son logares de alto riesgo, ya que puede presentarse un accidente con fuego, cuchillos, agua caliente, objetos metálicos, etc.

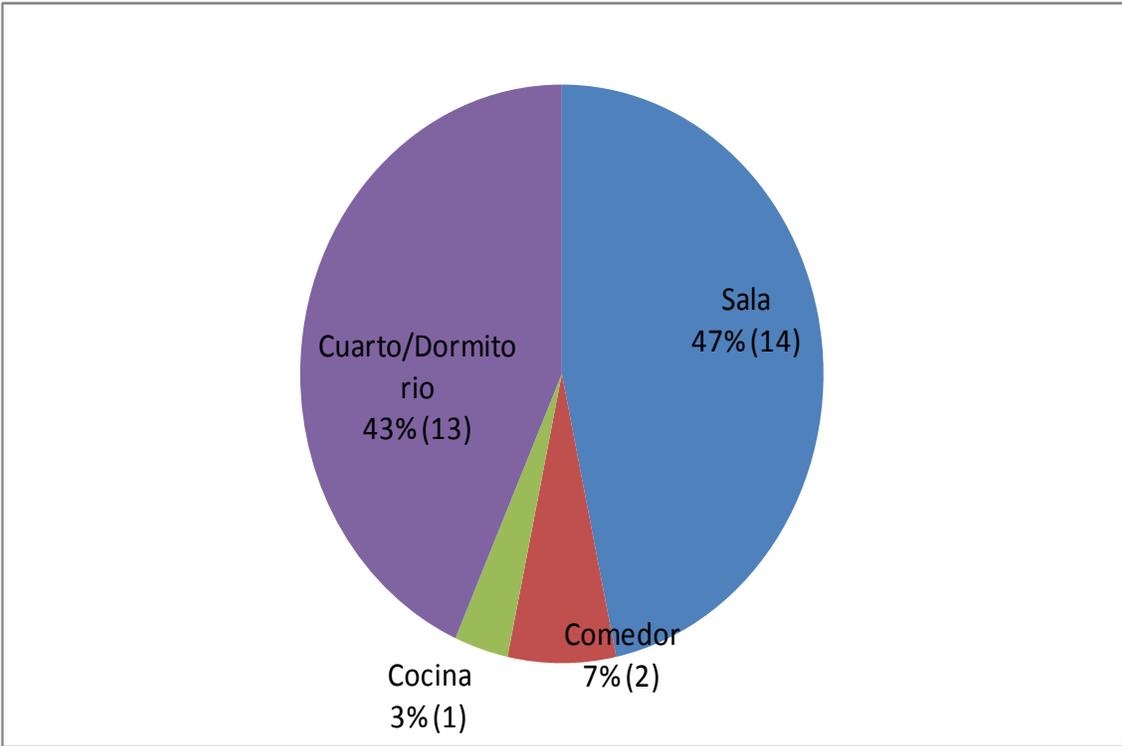


Figura 5. Lugar donde brinda lactancia materna.

Es predominante que el lugar donde brindan lactancia materna es tranquilo, siendo un dato de mucha importancia pero subjetivo, ya que escuchar música es tranquilidad para unas mientras que para otras no, el lactante es el que menos tranquilo esta, y en menor proporción el lugar donde brindan lactancia materna es ruidoso, debido a que los ruidos muy intensos puede ocasionar irritabilidad, miedo, temores al lactante, ocasionando el llanto.

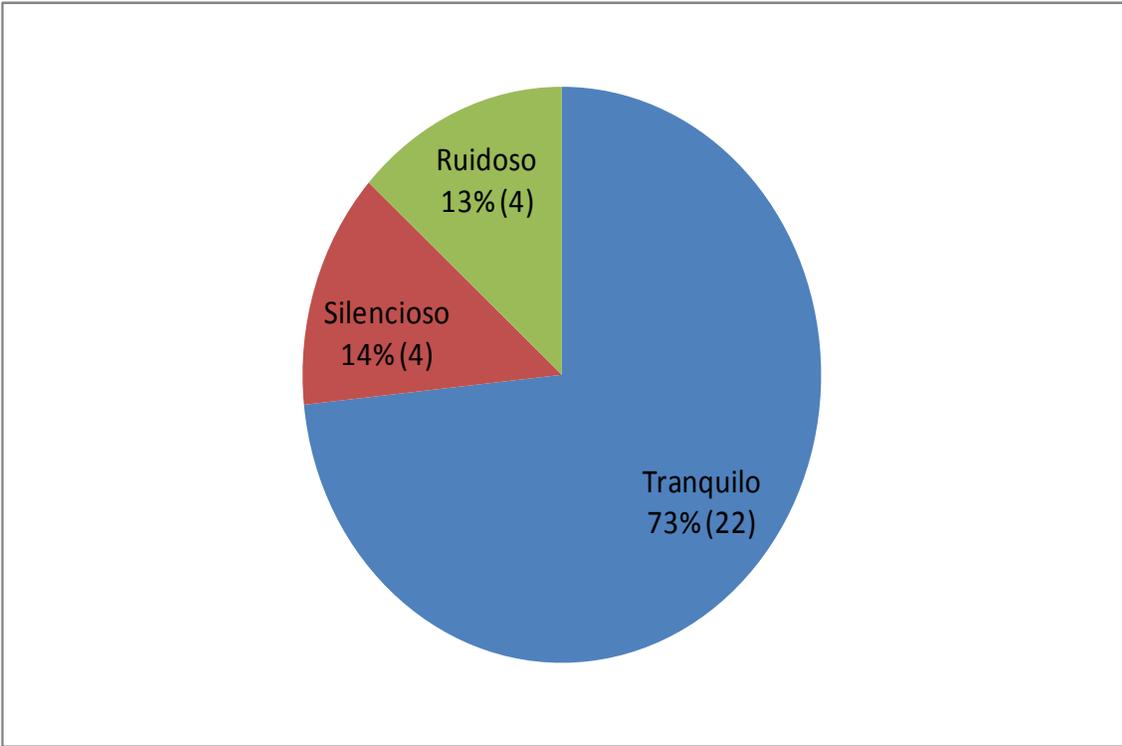


Figura 6. Características del lugar donde brinda lactancia materna.

La principal actividad que realizan las mujeres encuestadas durante el amamantamiento es ver televisión, siendo esta actividad la preferida debido que causa distracción en la madre, la segunda actividad más influyente fue escuchar radio, la otra parte de las encuestadas realizan otras actividades diferentes a las mencionadas y con menor frecuencia revisar el celular y actividades domesticas, que también son factores de suma importancia para concluir dicha investigación, debido a que nos da pauta a continuar con dicha investigación y obtener diferentes resultados obteniendo así más información sobre el tema.

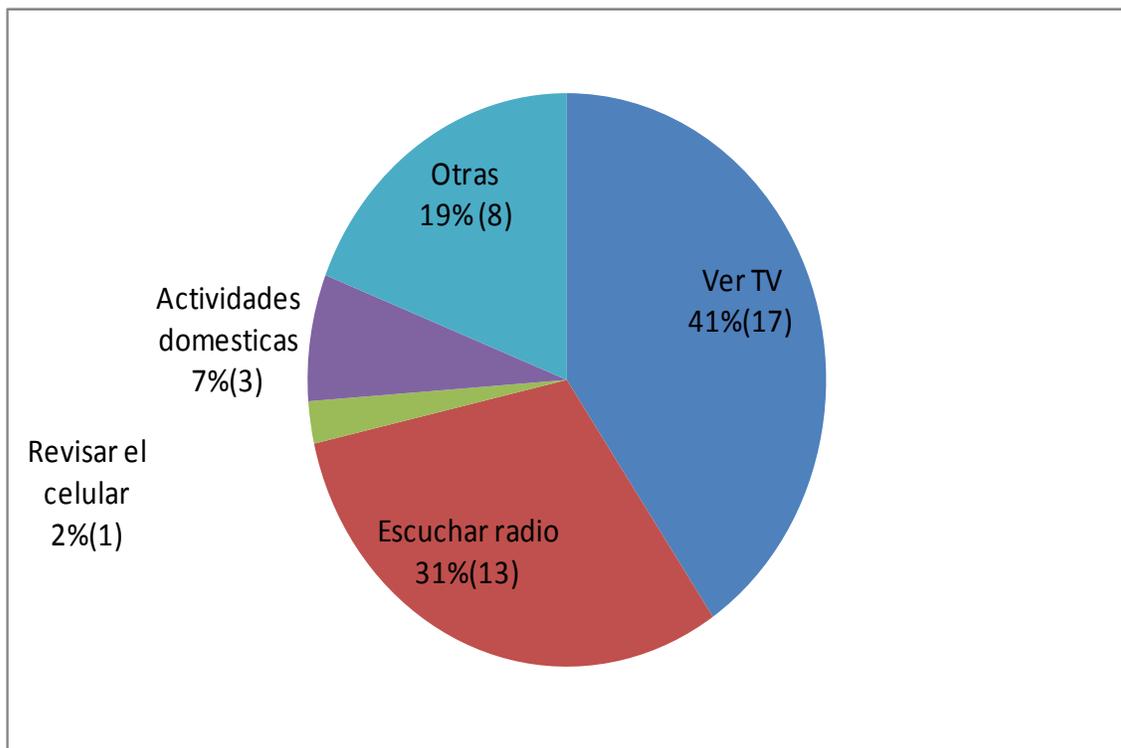


Figura 7. Actividades durante la lactancia materna.

La mayoría de la población encuestada tiene contacto visual durante el amamantamiento, pero no de manera constante, es decir solo para supervisar si esta respirando bien el bebe, o para hacerle una caricia, en una proporción intermedia realizan muy poco frecuente esta actividad y en muy poca proporción no tiene contacto visual durante el amamantamiento, esto debido a que las madres realizan varias actividades durante el amamantamiento, tales como ver televisión, celular, actividades domésticas o algún otro pendiente.

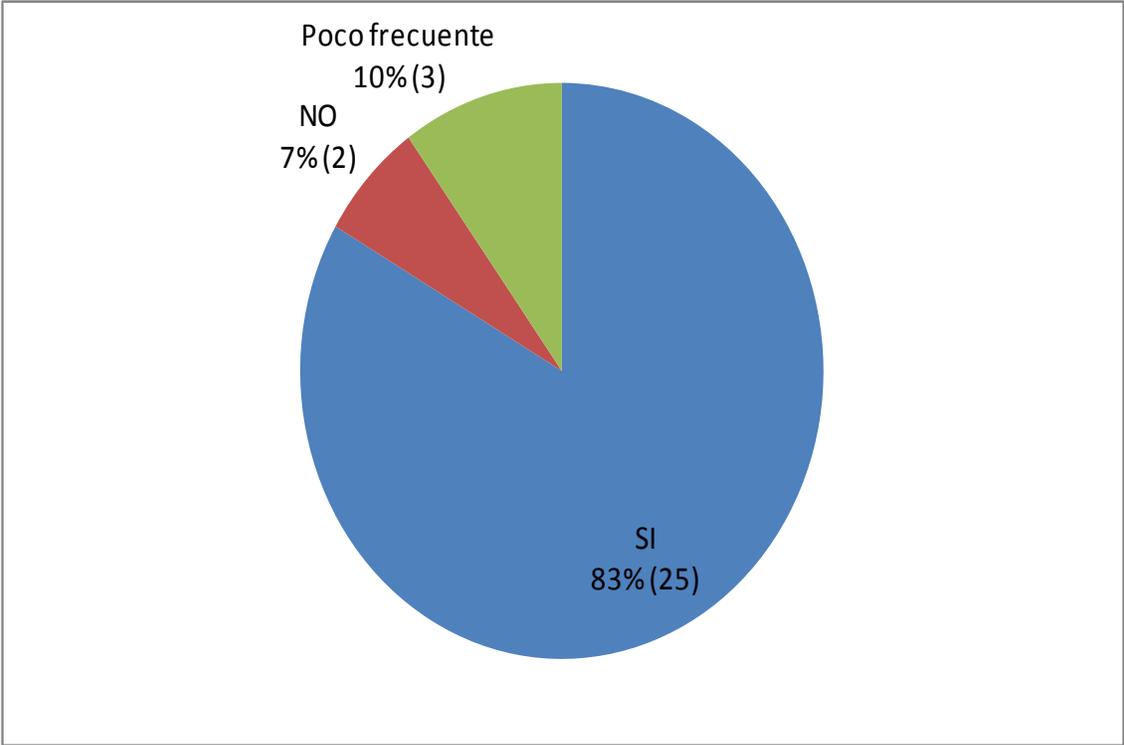


Figura 8. Contacto visual madre e hijo durante la lactancia materna.

En proporciones muy similares, la población encuestadas tienen contacto piel con piel durante el amamantamiento, esto debido a que la mayoría de madres están en casa ya que se dedican a las labores domésticas en casa, siendo esta un lugar de privacidad para amamantar libremente al lactante, sin embargo es posible observar que también una proporción mayor no brinda lactancia materna y en muy poca proporción realizan esta actividad con poca frecuente, esto debido a que brindar lactancia materna en un municipio rural ante los ojos de los masculino puede ocasionar morbo o incomodidad hacia la madre realizar dicha actividad.

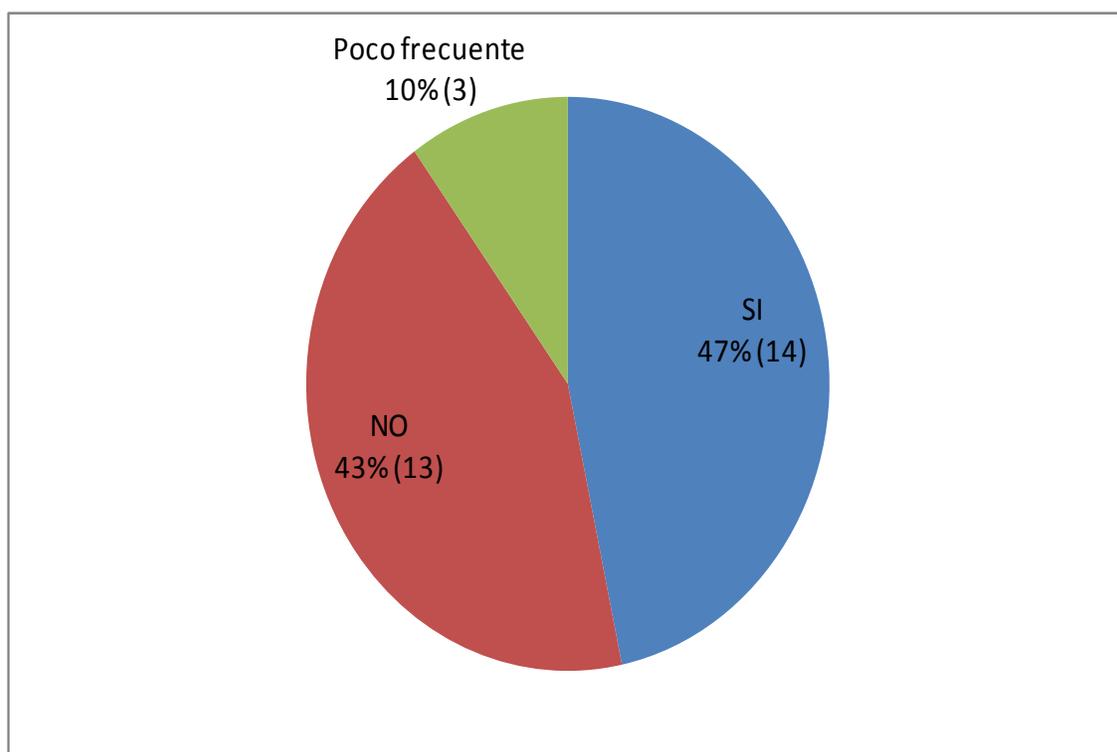


Figura 9. Contacto piel con piel durante la lactancia materna.

Los datos obtenidos confirman que en mayor proporción brindan lactancia materna a libre demanda, es decir que tienen más oportunidades de fortalecer el vínculo afectivo entre madre, ya que además de tener más posibilidades de fortalecer dicho vínculo nos proporciona valores nutricionales según Marín en el años 2016.

Sin embargo es alarmante que en lugar donde realizan la práctica de lactancia materna es en la sala y en el cuarto/dormitorio es decir son lugares poco tranquilo y con muchas distracciones para fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo según Marín en el año 2016.

De igual manera las actividades que realizan durante dicha práctica es ver televisión y escuchar radio, es decir que si aseguran la proximidad física entre madre e hijo, pero no aseguramos el contacto visual ni tranquilidad para el bebe, con el ello no asegurando el fortalecimiento del vinculo afectivo entre madre e hijo según Marín en el año 2016.

Según Lawrence en el año 2005 el lugar y las actividades que realizan las madres en la práctica de lactancia materna deja en evidencia que se asegura aliviar malestares, temores para el bebe, pero para la madres manifiestan que el ver televisión y escuchar radios durante dicha práctica es tranquilo para ellas. Es decir que no aseguramos aliviar malestares, temores para el bebe.

Durante la investigación se encontró que las principales formas de comunicarse con el bebe durante la lactancia materna son por medio de caricias, arrullos, esto debido a que es la forma más común de demostrar afecto, sin embargo los arrullos es una acción inconsciente y natural para tranquilizar al bebe sin que incluya emociones afectivas, la segunda actividad más influyente fue palabras afectivas, es alarmante que en una proporción muy pequeña se comunican con besos.

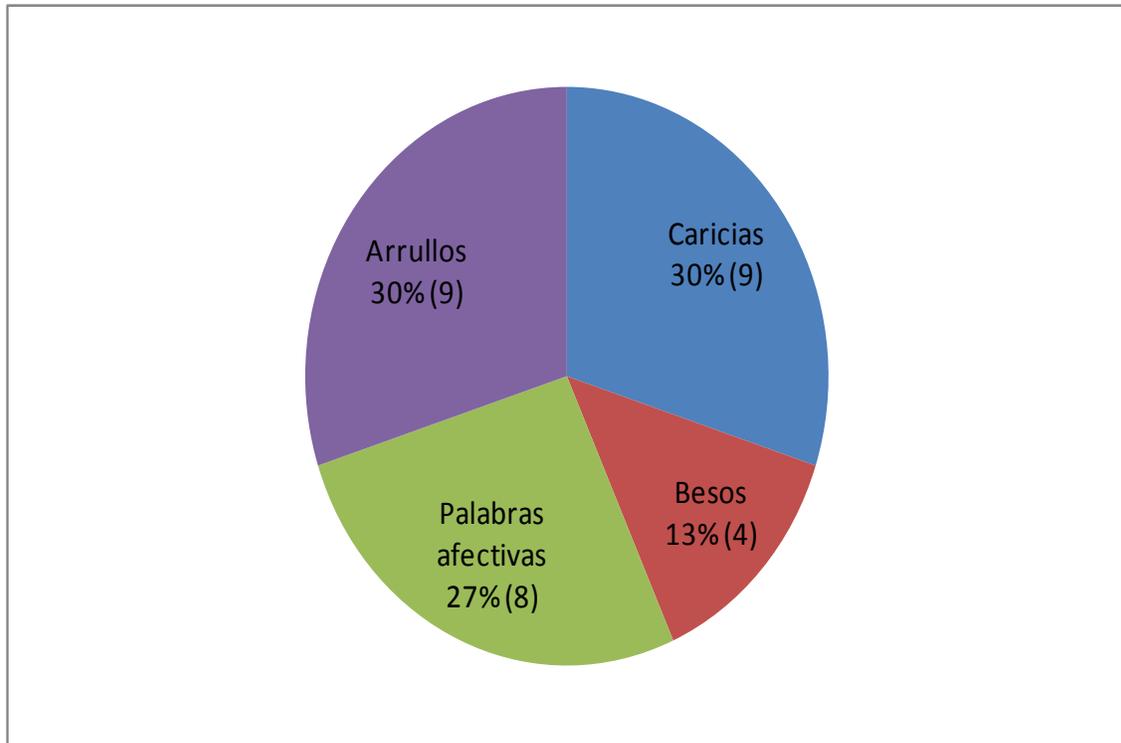


Figura 10. Forma de comunicación con el lactante durante la lactancia materna.

De los resultados obtenidos es posibles observar que la forma de comunicarse con el bebe durante la lactancia materna son palabras afectivas, caricias y arrullos en mayor proporción sin embargo es preocupante que los arrullos sean una de las principales formas de comunicarse con el bebe ya que dicha actividad puede consolar y dormir al bebe, sin embargo para otros bebe pueden ser tranquilizadores o inquietantes, algunos arrullos puede ser alegres o cómodos mientras que para otros incómodos y reflejan el cansancio de la madre, o el contenido temático puede ser simbólico y social que todos compartimos según Ochoa en año 2005.

Los arrullos se puede practicar con o sin amor según Oliveros en el año 20014, sin embargo es importante mencionar que los besos no sean significativos para comunicarse con el bebe ya que los besos nos permite estar en contacto con el bebe y acercamiento físico es decir dichas actividades nos ayudan a fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo según Marín en el año 2016.

Al igual de los resultados obtenidos afirman sentir ternura y felicidad durante la lactancia materna, es decir presentan emociones muy positivas durante la práctica para fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo según Morillo en el año 2010.

Se encontró que en mayor proporción, durante el amamantamiento sienten felicidad, esto debido a que están cubriendo una necesidad de vital importancia para el lactante, es decir alimentándolo para sobrevivir y en menor proporción sienten ternura, ya que de una u otra forma están contribuyendo a mantener con vida y protección al lactante, sin embargo puede observarse que ninguna de las madres encuestadas sienten tristeza, odio, rechazo, rencor durante el amamantamiento.

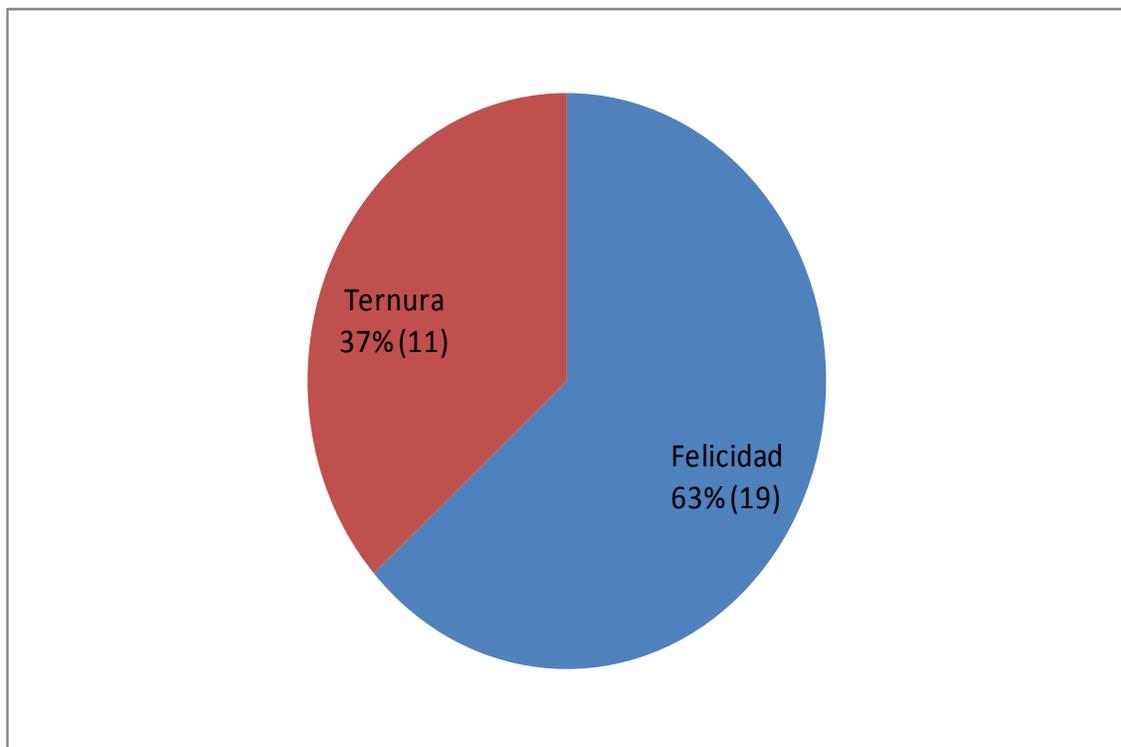


Figura 11. Emociones (sensaciones) durante la lactancia materna.

La principal sensación que presentan las madres encuestadas durante la lactancia materna cuando el lactante es mayor de 1 año son lesiones en el pezón por mordidas, ya que el bebe cuenta con dientes y fuerza para realizar una prensión o succión más fuerte, ocasionando lesiones en el pezón, sin embargo es preocupante que la tercera más influyente fue por tetadas más constantes y de larga duración, esto dejando en evidencia la poca colaboración o la falta de información de la madre para brindar lactancia materna, la otra parte de las encuestadas y con menor proporción tienen mayor incomodidad para brindarle lactancia materna al bebe cuando es mayor de 1 año, dejando en visto que es una de las causas de la interrupción de la lactancia materna en niños mayores de un año.

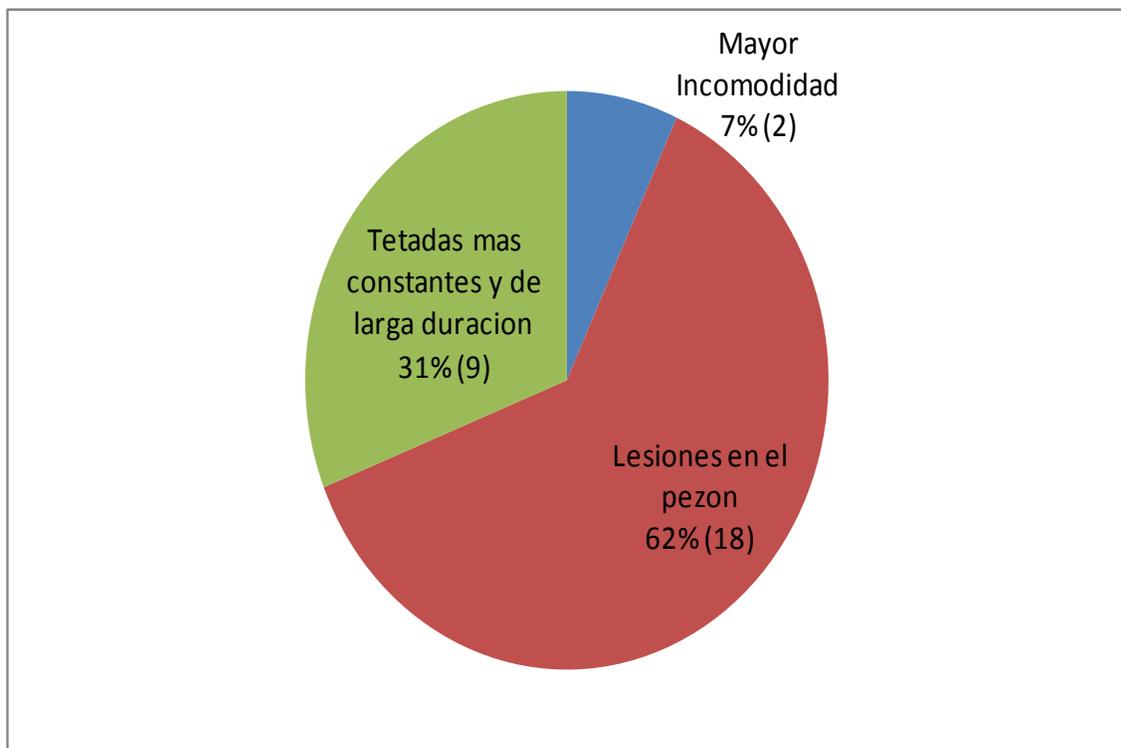


Figura 12. Sensaciones durante la lactancia materna cuando el lactante es mayor de 1 año de edad.

De los datos obtenidos se observa que las lesiones en el pezón por mordidas del lactante son sensaciones que más se presentan y pueden ser motivos de interrupción de la práctica de lactancia materna en niños mayores de 1 año, y por ende menor posibilidades del fortalecimiento del vinculo afectivo durante la lactancia materna ya que la práctica de lactancia

materna es uno de los momentos más enriquecedores para el fortalecimiento de dicho vínculo, según Marín en el año 2010.

La mayoría de los lactantes nacieron con peso y longitud normal predominando proporcionalmente el peso en relación a la longitud normal, esto es un dato de suma importancia dejando ver que los problemas de mal nutrición es esta población no están en la vida intrauterina si no fuera si no en los primeros años de vida, y en menor proporción nacieron con peso y longitud alta predominando proporcionalmente la longitud en relación al peso alto, sin embargo puede observarse que también en muy poca proporción se encuentran lactantes que nacieron con peso bajo y no se encontraron lactantes que nacieron con longitud baja, es decir que la mayoría de lactantes crecieron y desarrollaron adecuadamente en el vientre de la madre.

Tabla2. Peso y longitud al nacer.

| Peso al nacer | Longitud baja (< 40 cm) | Longitud normal (40-50 cm) | Longitud alta (>50 cm) |
|----------------------|---|---|--|
| < 1 Kg. | 3.5 % (1) | | |
| 2.5 – 4.5 Kg. | | 75 % (32) | |
| > 4.5 Kg. | | | 21.5 % (9) |

El peso y longitud al nacer son indicadores de salud muy importante que tiene un fuerte impacto en la sobrevivencia neonatal, infantil y posterior, así como en la salud, el crecimiento y el desarrollo, según Flores en el año 2012. Es importante mencionar que debido a que en una proporción muy elevada se encuentran con peso y longitud normal, estos indicadores no predisponen problemas nutricionales futuros.

La mayoría de las madres encuestadas se encuentran en estado nutricional normal, ya que se encuentran con un índice de masa corporal (IMC) total entre 18.0 – 24.9, esto puede deberse al aumento del gasto calórico que conlleva brindar lactancia materna y en menor proporción se encuentra en sobrepeso y obesidad, proporcionalmente iguales, reflejando el aumento de la ingesta calórica o a la falta de actividad física en dicho proceso.

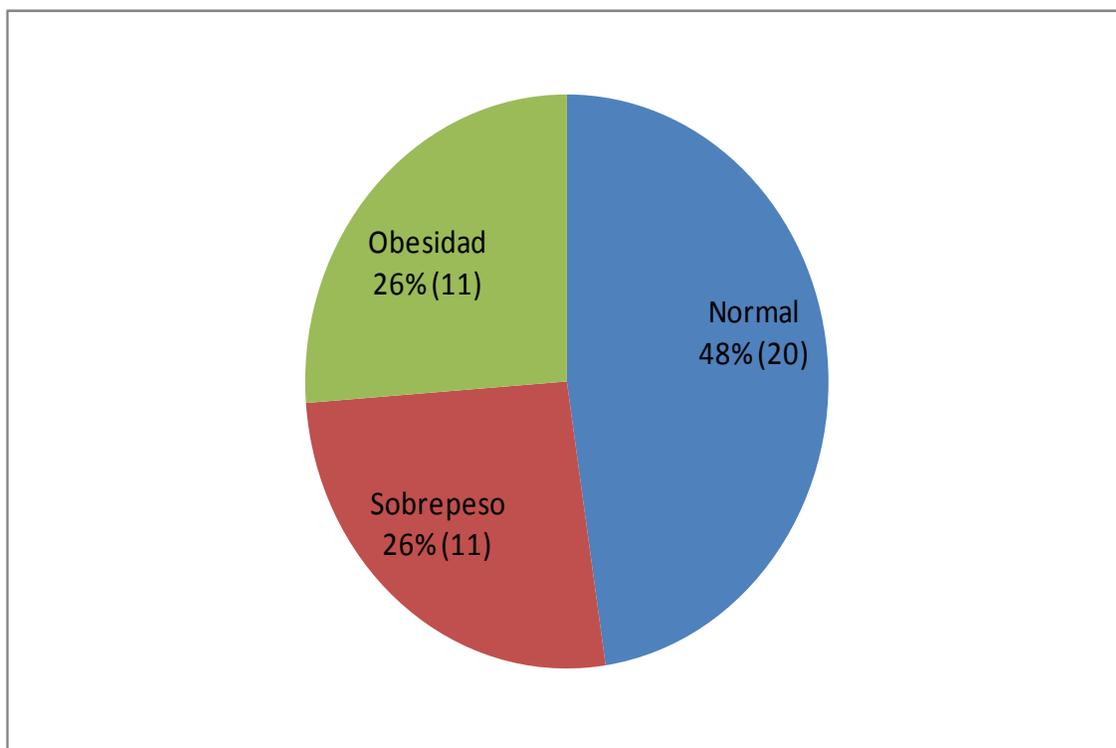


Figura 13. Diagnóstico nutricional de las madres encuestadas.

Es posible observar que son proporciones muy equitativas, es decir, la mitad de la población presentan problemas de sobrepeso y obesidad, y la otra mitad se encuentran en estado nutricional normal, y ninguna de las madres encuestadas presentan problemas de desnutrición de acuerdo al peso, reafirmando que la práctica de lactancia materna nos ayuda a la recuperación más rápida del peso ganado durante el embarazo según Calama en el año 2009. Sin embargo es preocupante que la mitad de la población presente problemas de sobrepeso y obesidad.

Se encontró que en mayor proporción, los lactantes se encuentran con problemas de obesidad, ocasionada muy probablemente por la incorporación de alimento ajenos a la leche materna a muy temprana edad, aunado a los inadecuados hábitos de alimentación de los padres o familiares, en menor proporción se encuentran en estado nutricional normal y sobrepeso, proporcionalmente similares, y en muy poca proporción se encuentran con problemas de desnutrición leve, desnutrición moderada y desnutrición grave, sin embargo los datos reflejan la doble carga de malnutrición en los niños menores de 2 años.

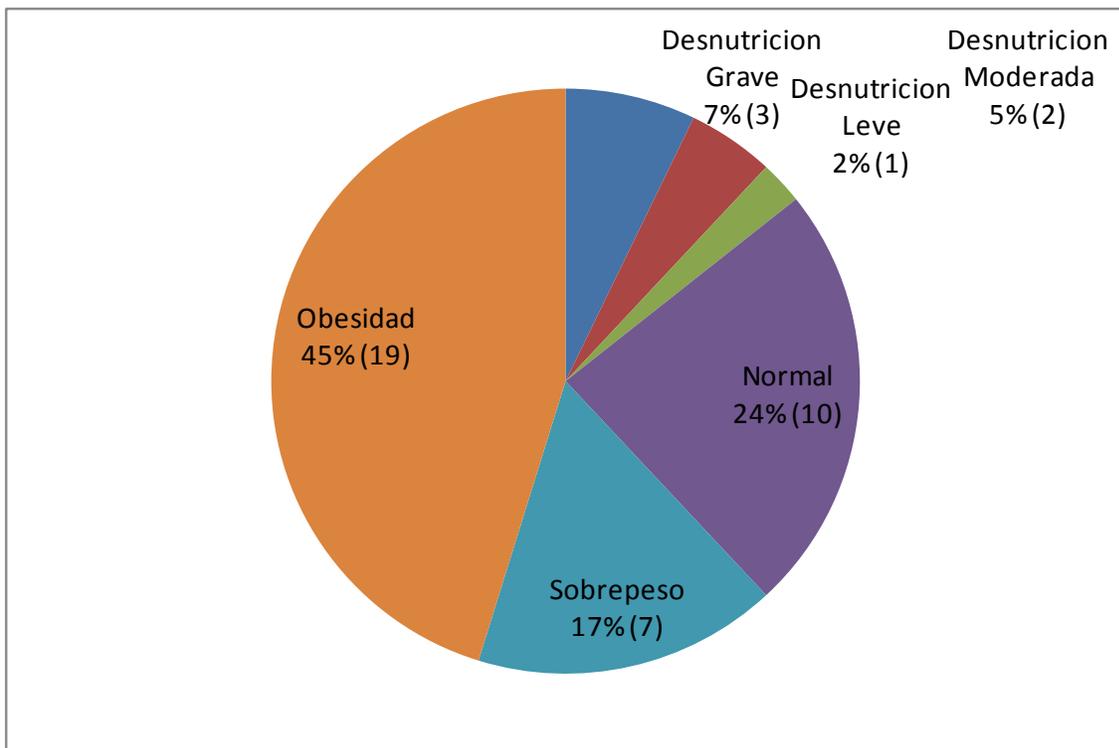


Figura 14. Diagnóstico nutricional del lactante de acuerdo al peso.

En la mayoría de los lactantes se encuentran con longitud baja, es decir con retardo en el crecimiento o desnutrición crónica, en menor proporción se encuentran con longitud normal, y en muy poca proporción se encuentran con longitud alta. Es alarmante que más de la mitad de la población estudiada se encuentre con problemas de desnutrición crónica, evidenciada con la longitud baja, presentado la falta de ingesta calórica y nutrimental para poder alcanzar una longitud deseada para crecer y desarrollarse de forma adecuada.

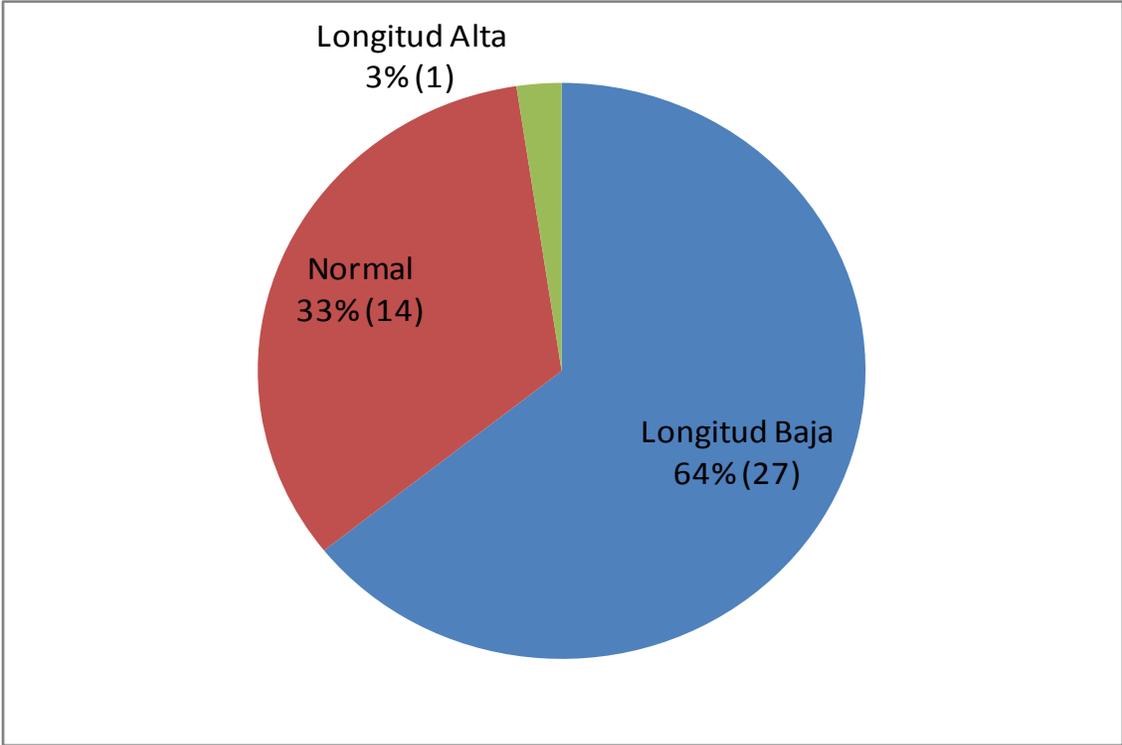


Figura 15. Diagnóstico nutricional del lactante de acuerdo a la longitud.

De los resultados obtenidos se encontró que los principales problemas nutricionales en relación al peso se encuentran con el sobrepeso y obesidad, reafirmando según Fierro en el año 2012 que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 8.3 % en niños menor de 5 años, continúan en una proporción alta, no desciende, pero tampoco aumenta, sin embargo es preocupante que se encontró problemas de desnutrición, leve, moderada y grave. De igual forma es posible observar que más de la mitad de los lactantes presentan longitud baja, reafirmando según Romero en el año 2012 que la prevalencia de baja talla en 2012 para las localidades urbanas fue 14.8%, menor a la de 2006 (29.4%); en las rurales pasó de 33.3%, en 2006, a 44.2%, en 2012.

Es decir que estos datos revelan que en la población estudiada coexisten los problemas de déficit y exceso nutricional, evidenciado la doble carga de la malnutrición como un nuevo perfil epidemiología según Fierro en el año 2012.

La mitad de la población brindó lactancia materna mixta y el lactante se encuentra con problemas nutricionales de sobrepeso y obesidad, el segundo dato más influyente fue madres que brindaron lactancia materna mixta y el lactante se encuentra sin problemas nutricional, es decir el estado nutricional normal, el tercer dato que destaco es que en muy poca proporción brindaron lactancia materna exclusiva y los lactantes se encuentran sin problemas nutricionales ni por deficiencia ni por excesos.

Tabla 3. Relación de lactancia materna exclusiva/mixta con el estado nutricional del lactante.

| | Estado nutricional del lactante | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|---------|------------------------|
| | Desnutrición Leve/ Moderada/Grave | Normal | Sobrepeso/ Obesidad |
| Lactancia materna exclusiva | | 7% (3) | 10% (4) |
| Lactancia materna mixta | 12% (5) | 21% (9) | 50% (21) |

Se encontró que los principales problemas nutricionales en relación al peso se encuentran con el sobrepeso y obesidad, reafirmando según Fierro en el año 2012 que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 8.3 % en niños menor de 5 años, continúan en una proporción alta, no desciende, pero tampoco aumenta, sin embargo es preocupante que se está abandonando la lactancia materna de forma exclusiva e incorporando leche sucedánea o alimentos ajenos a la leche materna a muy temprana edad del bebe reafirmando estos datos

según ENSANUT en el año 2012. Es decir que estos datos revelan que existe una estrecha relación entre la lactancia materna y el estado nutricional del lactante según Camargo en el año 2011.

La mayoría de las madres encuestas presentan problemas nutricionales de sobrepeso y obesidad al igual que sus bebés, en muy poca proporción se encontró mamás que se encuentran en estado nutricional normal y bebés de igual forma. Es alarmante lo que estos datos reflejan más allá de las cifras nos dice muchas cosas que podemos dejar al olvido, es decir que los hábitos inadecuados de los padres conllevan a los problemas nutricionales de los lactantes y de ellos mismos, dejándose influenciar en ocasiones muy repetitivas por la sociedad y la familia, dejando en riesgo la salud de más de una persona.

Tabla 4. Relación del estado nutricional de la madre y lactante.

| Madre en periodo de lactancia | Lactante | | |
|-------------------------------|----------------------------------|---------|--------------------|
| | Desnutrición Leve/Moderada/Grave | Normal | Sobrepeso/Obesidad |
| Normal | 7% (3) | 14% (6) | 24% (10) |
| Sobrepeso/Obesidad | 7% (3) | 14% (6) | 34% (14) |

Es posible observar que hay una estrecha relación entre el estado nutricional de la madre y el lactante, reafirmando según Lerma en el año 2011 en diferentes investigaciones, esto puede deberse a muchos factores tales como; nivel de educación de la madre, edad, si brinda lactancia materna de forma exclusiva o mixta, influencia social o familiar, aspectos culturales, psicológicos, hábitos de alimentación de madre y por ende del bebé según Maldonado en el año 2004.

De acuerdo a la metodología planteada en esta investigación se realizaron las entrevistas grabadas a madres en periodo de lactancia, con autorización de ellas, indicándonos lo siguiente:

Madre lactante N° 1:

“Tengo 22 años de edad, hace dos meses que nació mi bebe, es niña, le doy pecho a mi bebe en diferentes lugares depende de las actividades que realice, en la sala, patio, en la noches si nada mas en el cuarto donde cuento con televisor, pienso dejar de dar pecho a los 6 meses de edad de mi bebe porque pienso que hasta los 6 meses es lo ideal, yo creo que el lugar donde le doy pecho es importante por la comodidad, en ocasiones cuando estoy comiendo quiere pecho, o en ocasiones cuando estoy viendo la televisión le doy pecho a mi bebe, o comúnmente cuando le doy pecho estoy hablando por teléfono con mi esposo, quien se encuentra trabajando fuera de lugar”



Figura 16. Madre brindando lactancia materna en el cuarto/dormitorio.

Bitácora de observaciones:

Durante la entrevista a la participante N° 1, se observa que durante la práctica de lactancia materna, escucha música infantil y acaricia a la bebe de forma muy continua, golpea muy constantemente las pompitas de la bebe y la bebe produciéndole la sensación de tranquilidad a la bebe, de igual manera el contacto visual es constante, está pendiente de su respiración y la observa muy tiernamente, continua golpeando las pompitas de la bebe, además de acariciarle la cabecita, su cabello logrando así que la bebe se quede dormida succionando el pecho.

Madre lactante N° 2:

“Tengo 20 años de edad, mi bebe tiene 1 año y 2 meses, es niño, le doy pecho a mi bebe en diferentes lugares; en el día, en la sala o en ocasiones en la cocina, donde me pida pecho mi bebe yo le doy y en las noches en el cuarto ya para dormirse en la cama, pienso dejar de dar pecho al año y medio de mi bebe porque pienso que ya es suficiente, y a esa edad ya camina, come, yo creo que el lugar donde le doy pecho es muy importante porque por ejemplo si le doy pecho es la calle hay muchos hombres que quedan viendo con morbosidad y en mi casa tengo más privacidad sin que me estén viendo con morbosidad, como ya tiene 1 y 2 meses y tiene buen apetito casi no me pide pecho solo en las tardes y en las noches, en las noches le pongo música infantil para que se duerma y me deje ver televisión o platicar con mi esposo que casi no pasa tiempo con nosotros por los horarios de trabajo”

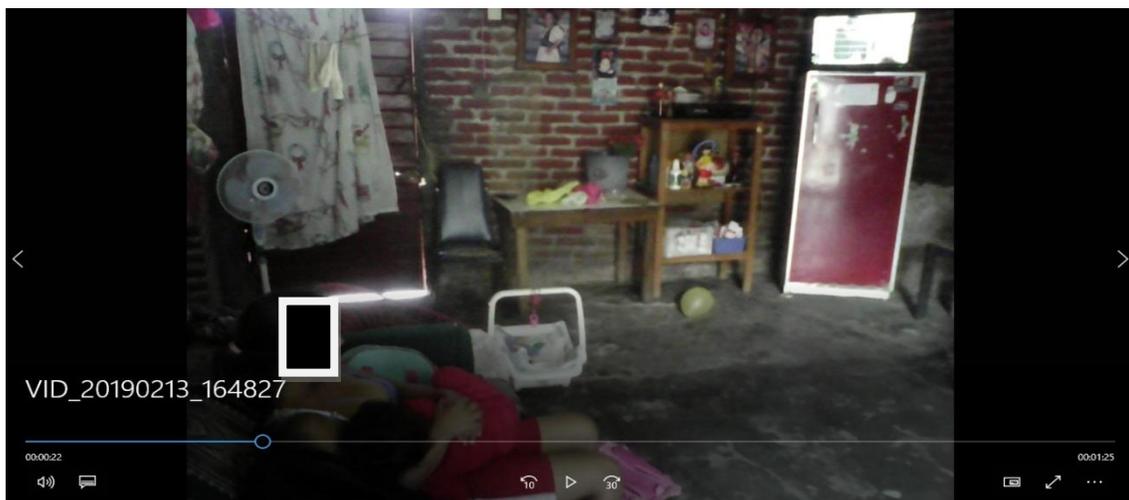


Figura 17. Madre brindando lactancia materna en la sala.

Bitácora de observaciones:

Durante la entrevista a la participante N° 2, se observa que durante la práctica de lactancia materna, se encuentra viendo televisión con volumen muy alto, arrulla constantemente al bebe con movimiento de las piernas ya que se encuentra sentada frente al televisor, acaricia el cabello de bebe y continua viendo el televisor, observa constantemente el bebe al igual que el televisor, el bebe deja de succionar por distracción al televisor y la madre aprovecha para cambiarlo de pecho, repite lo anterior, acaricia el cabello del bebe y continua viendo televisión y arrullando con movimientos de las piernas, el bebe retira el pecho de la boca y juega con la mama, pero la mama lo ignora debido a la televisión.

En los relatos y grabaciones anteriores es posible determinar que el escuchar música infantil durante la lactancia materna es relajante para el bebe, no tienen un lugar específico para brindar lactancia materna y el ver televisión durante dicha práctica es muy común para distraer su atención sin embargo mencionan que en vía pública presentan mucha incomodidad y en ocasiones agresiones psicológicas, es preocupante dicha situación debido a que cada vez mas hay muy pocas probabilidades de continuar con la lactancia materna y por ende el fortalecimiento del vinculo afectivo entre madre e hijo.

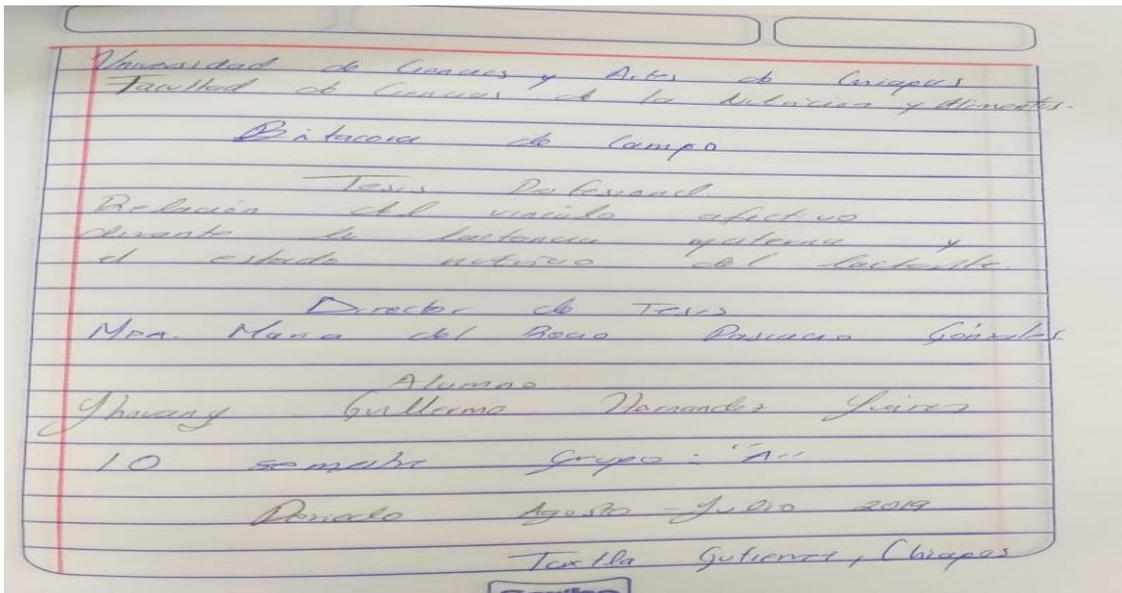


Figura 18. Bitácora de observaciones.

Bitácora de observaciones:

En la sala de espera del Centro de salud 4NB de Venustiano Carranza, Chiapas se observa que la gran mayoría de las madres que acuden al programa prospera , que las actividades que mas realizan durante la práctica de lactancia materna es ver televisión , debido a que la sala de espera cuenta con un televisor, comúnmente ven el programa de hoy, o ingieren alimentos durante dicha práctica, en muy rara ocasión prestan atención al bebe, o realizan caricias, besos, arrulllos o contacto visual, nada más se percatan si esta respirando correctamente, algo que llamo mucho la atención es que cuando el bebe se encuentra dormido si acarician, besan, arrullan, y en ocasión expresan palabras afectivas tales como; te quiero, que lindo estas, mi bebe hermoso.

La mayoría de madres encuestadas expresan que nada mas durante los primeros 6 meses de vida del lactante reciben lactancia materna porque ellas creen que nada mas durante los primeros 6 meses necesitan de la leche materna, ya que confunden los términos como lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, creen que durante dicha alimentación ya no necesitan de la leche materna, esto puede deber a falta de interés del personal de salud en brindar información sobre la lactancia materna o de la propia madre, pero algo que fue posible percatarse es que en el centro de salud de Venustiano Carranza, en el programa prospera reciben platicas donde se brinda información sobre la salud y en muchas ocasiones no se brindaba dichas sesiones por parte del personal de salud, por falta de interés del propio personal siendo cómplice las madres en periodo de lactancia, siendo un factor determinante para que existan problemas de mal malnutrición en los niños ya sea por excesos o por deficiencias.

CONCLUSIÓN

La lactancia materna no solo busca saciar el hambre del bebe, si no aliviar todo tipo de malestares y temores. La práctica de lactancia materna es uno de los momentos más enriquecedores y de especial singularidad para la formación del vínculo afectivo entre madre e hijo, donde se mezclan elementos de orden afectivo, social, económico, psicológico, educativo, ético y cultural.

Esta investigación desmota que existe una relación entre el vínculo afectivo durante la lactancia materna y el estado nutricional del lactante, sin embargo es necesario reforzar este diagnóstico con la obtención de nuevos datos, a pesar de los resultados obtenidos, se exhorta a promover y dar continuidad a estrategias que promuevan la adopción de lactancia materna de forma eficiente y como único momento para la formación y fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo, que no solo busque saciar hambre sino aliviar todo tipo de malestares y temores. Ya que el problema principal no es la falta de práctica de lactancia materna si no la inadecuada forma de brindar en tiempo y técnica lactancia materna, siendo un factor importante la falta de información de temas relacionadas a esta investigación.

Fue posible identificar que las causas principales que afectan la formación y fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo durante la lactancia materna son; ver televisión, escuchar radio o música, no tener contacto visual con el bebe, falta de información de dicho vínculo.

La evaluación del estado de nutrición de lactantes con indicadores antropométricos, se basaron en peso y longitud, estos datos revelan que en la población estudiada coexisten los problemas de déficit y exceso nutricional, evidenciado la doble carga de la malnutrición.

Se observó que durante el amamantamiento, las madres ingieren alimentos, en muy pocas ocasiones prestan atención al bebe, las caricias, besos, arrullos o contacto visual que realizan únicamente lo llevan a cabo para percatarse si el bebe esta respirando correctamente durante dicha práctica. Algo que llama mucho la atención es que cuando el bebe se encuentra dormido si acarician, besan, arrullan y en ocasiones expresan palabras afectivas tales como; te quiero, que lindo estas, mi bebe hermoso. Estas acciones repercuten directamente, limitando la

formación y fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo durante la lactancia materna.

De igual forma al interactuar con la población se observó que la mayoría de madres solo durante los primeros 6 meses de vida del lactante brindan lactancia materna, debido a que creen que nada más durante los primeros meses de vida del bebé es cuando lo necesitan, al igual que confunden los términos de lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria; ellas comprenden que la lactancia materna nada más es necesario durante los primeros 2 meses de vida, dejando en evidencia la falta de información sobre temas relacionados a lactancia materna.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

En este apartado se describe una serie de propuestas encaminadas a mejorar la práctica de lactancia materna asegurado así la formación y fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo.

A las madres:

- Formación de un club de orientación nutricional en las etapas de embarazo y lactancia, para fomentó de la práctica de la lactancia materna y formación y fortalecimiento del vinculo afectivo entre madre e hijo.
- Exhortar a la madre y al padre del lactante a no iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad del lactante a si como el uso de productos industrializados.

A todo el personal del centro de salud:

- Fortalecer las estrategias de educación a las madres sobre las ventajas de formación y fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo.
- Impulsar a la madre para el fortalecimiento del vínculo materno- neonatal durante las primeras horas postparto.
- Es imprescindible que la vinculación entre el Médico-Nutriólogo y todo el personal de salud se refuerce constantemente a fin de que se proporcione una completa valoración a las madres durante el embarazo y puerperio.

Al personal de nutrición del centro de salud:

- Diseñar talleres que enseñen a las madres técnicas adecuadas y eficientes para la práctica de lactancia materna al igual que se les brinde información general sobre la formación y fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo.
- Concientizar a las madres sobre los beneficios de la lactancia materna como único momento para la formación del vínculo afectivo entre madre e hijo, para que a pesar de que haya publicidad las madres no accedan a estos productos.

- Capacitar a todo el personal del centro de salud, con el fin de promover la lactancia materna como uno de los momentos más importantes para la formación y fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo.
- Impulsar a la madre para el fortalecimiento del vínculo materno- neonatal durante las primeras horas postparto.

A las autoridades competentes:

- Se les propone a las autoridades y centros de salud evitar la promoción del uso de biberones y leches de fórmula para reducir la venta de estos productos, y mejorar la calidad de vida le bebé.
- En las clínicas o centros de salud contratar personal de nutriología capacitados para las acciones desde la consulta prenatal hasta la lactancia materna con el crecimiento y desarrollo de los niños, para que pueda crecer de forma sana y sin enfermedades.
- Se sugiere tener apego a las políticas públicas para el rescate de la práctica de lactancia materna. Además de realizar cambios en las conductas, actitudes y tradiciones que presenta la sociedad, intentando de esta manera mejorar la calidad de vida de los infantes.

GLOSARIO

Para propósitos de esta investigación se definieron los siguientes conceptos:

Analfabeta: Persona que no tiene estudios básicos de lectura y escritura.

Alimentación complementaria precoz: A la incorporación de nuevos alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses de edad.

Ancinos globulares: Donde se encuentran las células productoras de leche. Los ductos, conjunto de estructuras arboriformes o ramificadas, tubulares y huecas, cuyas luces confluyen progresivamente en canalículos más y más gruesos hasta terminar en uno de los doce a dieciocho galactóforos.

Amamantamiento: Acción y resultado de amamantar o de amamantarse, en alimentar con leche materna sobre todo en los animales mamíferos y de la madre cuando está en estado de lactancia para dar la leche al bebé recién nacido.

Ama de casa: Persona que tiene como ocupación principalmente a los trabajos domésticos del hogar.

Asertividad: Es una habilidad social que nos permite expresar nuestros derechos, opiniones, ideas, necesidades y sentimientos de forma consciente, clara, honesta y sincera sin herir o perjudicar a los demás.

Control prenatal: A la vigilancia y control que recibe la madre embarazada y evaluación del feto para evaluar la salud y lograr el nacimiento sano del niño.

Escala likert: Es una herramienta de medición que, a diferencia de preguntas dicotómicas con respuesta sí/no, nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos.

Destete: Se refiere al proceso de retirar la leche materna.

Destete precoz: Proceso de retirar la leche materna, de la alimentación del niño antes del primer año con dos meses de vida.

Galactosa: Es un azúcar simple o monosacárido formado por seis átomos de carbono o hexosa, que se convierte en glucosa en el hígado como aporte energético. Además, forma parte de los glucolípidos y las glucoproteínas de las membranas celulares, sobre todo de las neuronas.

Glándula sebácea: Esta glándula se caracteriza por sintetizar el sebo, sustancia lipídica cuya función es la de "lubricar" y proteger la superficie de la piel.

Lactante: El período de Lactante se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses y se subdivide en: Lactante Menor: de los 28 días hasta los 12 meses, en otras palabras que se da de mamar.

Indicadores antropométricos: Son valores de composición corporal usados para el diagnóstico nutricional de un individuo.

Materno Filial: Que pasa de la madre a sus hijos.

Morbimortalidad: Es la proporción de muertes en un período dado en relación con una cifra determinada de población.

Mastitis: Se refiere a la inflamación de la glándula mamaria de primates y la ubre en otros mamíferos. Se da por una obstrucción de los conductos de la leche.

Microbiota Intestinal: conjunto de bacterias que viven en el intestino, en una relación de simbiosis tanto de tipo comensal como de mutualismo. Este conjunto forma parte de la microbiota normal.

Lactógeno: Sustancia que aumenta la producción de leche. Los dos lactógenos más importantes son la hormona lactógena placentaria y la prolactina producida por la hipófisis

Lactogénesis: Es el inicio de la síntesis y secreción de la leche por las células epiteliales de los alvéolos mamarios. En general se acostumbra a dividirla en 2 fases: La fase 1 consiste en una diferenciación estructural y funcional limitada del epitelio secretor durante el último tercio de la preñez.

Lactosa: Es el principal azúcar (o carbohidrato) de origen natural que hay en la leche y los productos lácteos. La lactosa está formada por glucosa y galactosa, dos azúcares simples que el

cuerpo utiliza directamente como fuente de energía. La enzima lactasa descompone la lactosa en glucosa y galactosa.

Lobulillos: Son los pequeños espacios al final de los conductos mamarios, donde se produce la leche. Cada conducto termina en decenas de lobulillos.

Inmunoglobulinas: Son anticuerpos, son proteínas producidas por el sistema inmunológico para atacar a los antígenos, como las bacterias, los virus y los alérgenos. El cuerpo genera diferentes inmunoglobulinas para combatir cada antígeno. Por ejemplo, el anticuerpo de la varicela no es el mismo que el anticuerpo de la mononucleosis.

Longitud: Dimensión de una línea o de un cuerpo considerando su extensión en línea recta.

Infantometro: Instrumento para obtener la longitud en niños menores de 2 años.

Prospera: es un programa de la Secretaría de Desarrollo Social, el cual, a través de dos esquemas: con corresponsabilidad y sin corresponsabilidad, otorga recursos a casi 7 millones de familias mexicanas para fortalecer su alimentación, salud y educación; asimismo vincula a las personas beneficiarias con proyectos productivos, opciones laborales y servicios financieros

Secreción de leche materna: Es un estímulo en las glándulas mamarias de la madre, el bebé realiza un acto instintivo de succión que produce que la hipófisis anterior libere la hormona prolactina, desencadenando la secreción de la leche. ... Asimismo, la succión del pezón también estimula la neurohipófisis, liberando la hormona oxitocina.

Sucedáneos de leche materna: Es todo alimento comercializado o presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin. Los sucedáneos jamás igualan las propiedades de la leche materna y sólo deben ser indicados en los pocos casos clínicos que lo justifiquen científicamente.

Trabajo fuera de casa: A la actividad productiva que se realiza fuera de su casa.

Técnicas antropométricas: Técnica o formas correctas para medir las partes del cuerpo para una valoración nutricional.

Test apgar: Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.

Vínculo afectivo: Es el sentimiento que se tiene por otras personas, el placer de tenerlos cerca y otras acciones que resultan muy estimulantes.

ANEXOS

ANEXO 1.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUTRICION Y ALIMENTOS
LICENCIATURA EN NUTRIOLOGIA



“ENCUESTA SOBRE LA RELACION DEL VINCULO EMOCIONAL ENTRE MADRE E HIJO Y EL ESTADO NUTRICIO DEL LACTANTE”

Buen día, mi nombre es Jhovany Guillermo Hernández Juárez, me permite realizarle algunas preguntas con relación a Lactancia Materna y el Vinculo madre e hijo, las respuestas es confidencial y serán de utilidad para determinar la relación del vinculo afectivo y la lactancia materna, aplicada a las mujeres en periodo de lactancia que acuden al Centro de Salud Venustiano Carranza del periodo Agosto 2018- Enero 2019, la cual forma parte del tema de tesis para obtener el título de licenciado en nutriología. Por la Facultad de Ciencias de la Nutrición y Alimentos de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas (UNICACH).

Barrió _____.

Edad: _____.

Dirección: _____.

Número de Teléfono: _____.

Subraya la respuesta que considere conveniente.

| I | DATOS GENERALES | RESPUESTAS |
|-----|---|--|
| 1.- | Entre que rango de edad se encuentra | a) 10 – 19 años b) 20 – 30 años c) 31 – 45 años d) 45 a mas |
| 2.- | En que rango de edad se encuentra el bebe | a) 0 -28 días b) Menor de 1 año c) 1 año – 1.11 meses d) 2 – 4 años |
| 3.- | El bebe nació a | a) Pretermino b) Pos- termino c) A termino |
| 4.- | Cuál fue el peso del bebe al nacer | a) menos de 2.5 kg b) 2.5 kg – 4.5 kg c) mayor a 4.5 kg |
| 5.- | Cuál fue la longitud de bebe al nacer | a) menos de 40 cm. b) 40 – 50 cm. c) mayor a 50 cm. |

| | | |
|------|--|--|
| 6.- | Qué nivel de escolaridad tiene | a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) Licenciatura e) Carrera trunca f) Analfabeta |
| 7.- | Cuál es su ocupación | a) Ama de casa b) Comerciante c) Empleada domestica d) Otros |
| 8.- | Número de partos | a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 o mas |
| 9.- | Sexo del bebe | a) Hombre b) Mujer |
| II | LACTANCIA MATERNA | RESPUESTAS |
| 10.- | Le da pecho al bebe | a) Si b) No c) Poco frecuente d) Muy frecuente |
| 11.- | Proporciona alimentos diferentes a la leche materna | a) Si b) No c) Poco frecuente d) Muy frecuente |
| 12.- | Que actividades realiza cuando le da pecho al bebe | a) Ver televisión b) Escuchar radio c) Revisar el celular d) Actividades domesticas e) Otras |
| 13.- | En que parte de la casa le da pecho al bebe | a) Sala b) Comedor c) Cocina d) Cuarto/Dormitorio |
| 14.- | El lugar donde le da pecho al bebe es | a) Tranquilo b) Ruidoso c) Silencioso |
| 15.- | De qué forma se comunican con el bebe cuando le da pecho | a) Caricias b) Besos c) Palabras afectivas d) Arrullos e) Ignora |
| 16.- | Tiene contacto visual con el bebe cuando le da pecho | a) Si b) No |

| | | |
|------|--|--|
| | | c) Frecuentemente d) Poco frecuente e) Siempre |
| 17.- | Qué siente cuando le da pecho al bebe | a) Felicidad e) Ternura b) Tristeza c) Odio d) Rechazo e) Rencor |
| 18.- | Qué siente cuando retira el pecho del bebe | a) Satisfacción b) Ternura c) Rechazo d) Rencor |
| 19.- | Qué siente cuando le da pecho al bebe mayor de 1 año | a) Mayor incomodidad b) Lesión en el pezón por mordida del bebe c) Tetadas más constantes y de larga duración |
| 20.- | Tiene contacto piel con piel con el bebe cuando le da pecho | a) Si b) No c) Poco frecuente d) Muy frecuente |
| 21.- | Cuando el bebe está totalmente lleno realiza lo siguiente; | a) Retira el pezón de la boca b) Se queda dormido con el pezón en la boca c) Juega con el pezón o pecho d) Vomita y deja de mamar |
| 22.- | Como decidió dar pecho al bebe; por decisión | a) Propia e) Influencia familiar b) Influencia del sector salud c) Influencia del esposo |
| III | ALIMENTACION COMPLEMENTARIA | RESPUESTAS |
| 23.- | Después de los 6 meses de edad del bebe continua dándole pecho | a) Si b) No |
| 24.- | Cuántas veces le da pecho al bebe durante el día | a) 1 b) 2 c) 3 d) Libre demanda |

| | | |
|--------------|--|---|
| 25.- | Después de los 6 meses de edad de bebe sigue teniendo contacto visual cuando le da pecho | a) Si b) No c) Poco frecuente d) Muy frecuente |
| 26.- | Al momento de darle pecho platica con el bebe igual que cuando era menor de 6 meses | a) Si b) No c) Poco frecuente d) Muy frecuente |
| 27.- | Le es placentero continuar dando pecho después de los 6 meses de edad del bebe | a) Si b) No |
| 28.- | A qué edad del bebe piensa dejar de dar pecho | a) 6 meses b) 1 año c) 1 y 6 meses d) Más de 2 años e) Hasta que el bebe quiera |
| 29.- | El dar pecho al bebe le fue una experiencia | a) Satisfactoria b) Incomoda c) Frustrante d) Rechazo |
| IV | DATOS ANTROPOMETRICOS | RESPUESTAS |
| MADRE | Peso: | kg. |
| | Talla: | Mts. |
| | Diagnostico nutricional: | |
| BEBE | Peso actual: | Kg |
| | Longitud actual: | Cm |
| | Talla actual: | Mts. |
| | Diagnostico nutricional actual: | |
| | Peso al nacer: | Kg |
| | Longitud al nacer: | Cm |

Fuente: Hernández, J y Pascacio, R. (2018)

ANEXO 2.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUTRICION Y ALIMENTOS
LICENCIATURA EN NUTRIOLOGIA



“ENTREVISTA SOBRE LA RELACION DEL VINCULO EMOCIONAL ENTRE MADRE E HIJO Y EL ESTADO NUTRICIO DEL LACTANTE”

Buen día, mi nombre es Jhovany Guillermo Hernández Juárez, me permite realizarle algunas preguntas con relación a Lactancia Materna y el Vinculo madre e hijo, las respuestas es confidencial y serán de utilidad para determinar la relación del vinculo afectivo y la lactancia materna, aplicada a las mujeres en periodo de lactancia que acuden al Centro de Salud Venustiano Carranza del periodo Agosto 2018- Enero 2019, la cual forma parte del tema de tesis para obtener el título de licenciado en nutriología. Por la Facultad de Ciencias de la Nutrición y Alimentos de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas (UNICACH).

Qué edad tiene?

Qué edad tiene el bebe?

Brinda lactancia materna?

Donde realiza la práctica de lactancia materna?

En su cuarto o dormitorio cuenta con televisor?

Escuchar radio o música durante la lactancia materna?

Qué tipo de música escucha durante la lactancia materna?

A qué edad del bebe piensa abandonar la lactancia materna?

Porque?

Cree que es importante el lugar donde brinda lactancia materna?

Cree que son importantes las actividades que realiza durante la lactancia materna?

Observación _____

Muchas gracias por su colaboración, tiempo y apoyo.

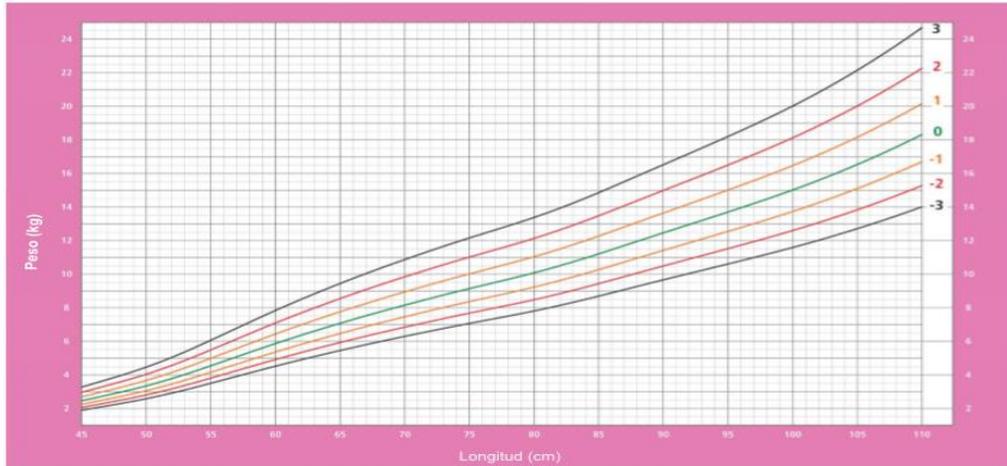
Fuente: Hernández, J y Pascasio, R. (2018).

APÉNDICE

APÉNDICE I. TABLAS PARA LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

Peso para la longitud Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

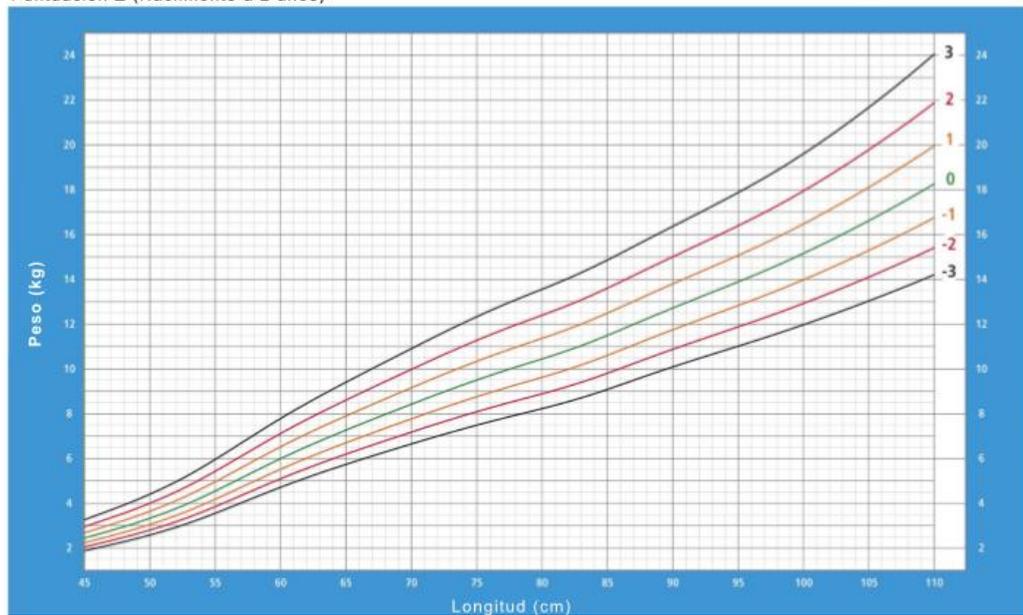


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: FAO//OMS, 2012.

Peso para la longitud Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

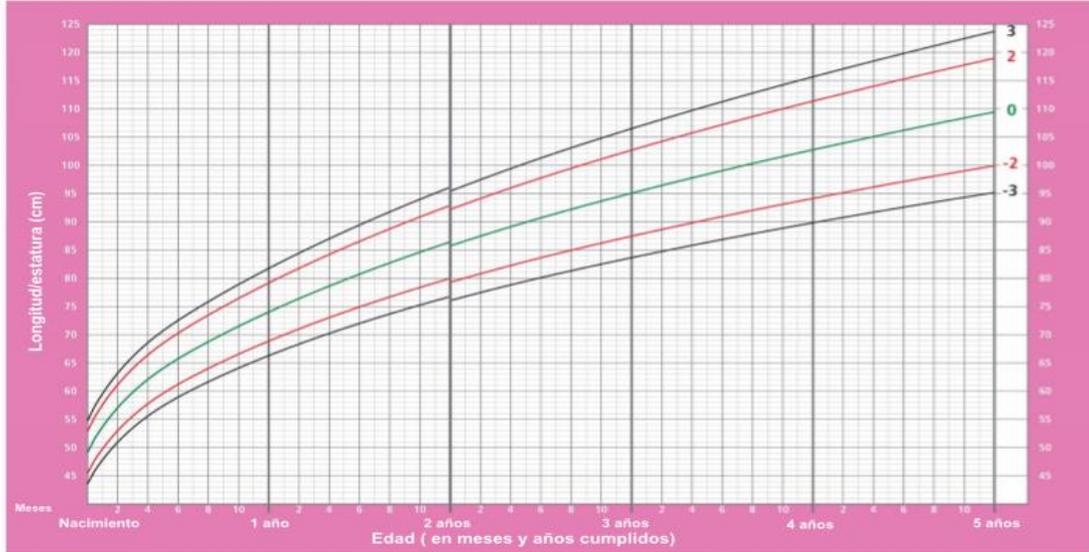


Fuente: FAO//OMS, 2012.

Longitud/estatura para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



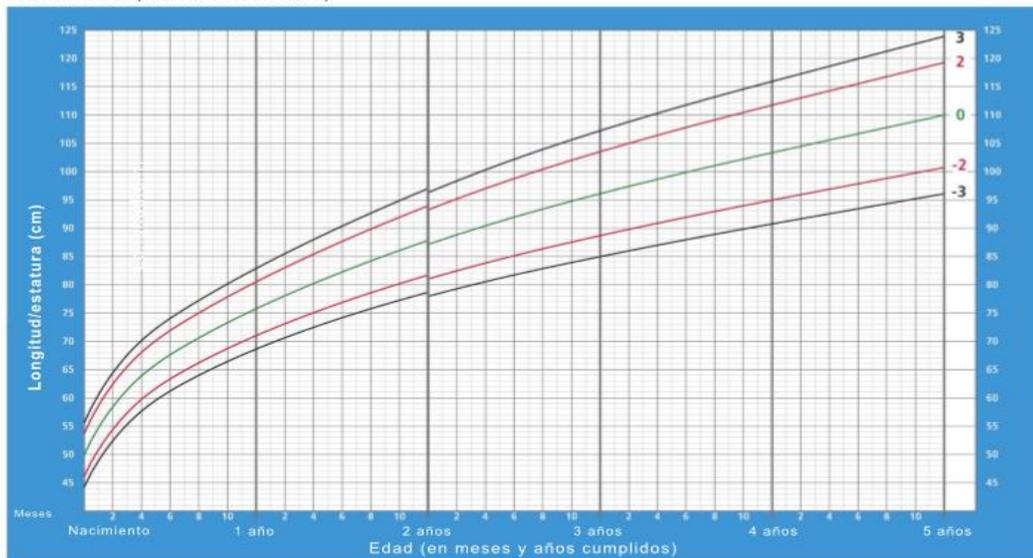
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: FAO//OMS, 2012.

Longitud/estatura para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: FAO//OMS, 2012.

**APÉNDICE II. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO
SEGÚN IMC, PERÍMETRO DE CINTURA Y EL RIESGO
ASOCIADO DE ENFERMEDAD, PARA MAYORES DE 20 AÑOS.**

| IMC | | | | | |
|-------------------------|--|---|-----------------------------|--|----------------------------------|
| Clasificación | Riesgo de comorbilidad* | Riesgo de comorbilidad* en relación al perímetro de cintura aumentado: Hombres >90 cm Mujeres > 80 cm | Puntos de corte principales | Puntos de corte adicionales | |
| Bajo Peso | Bajo pero con riesgo para otros problemas clínicos | ----- | <18.50 | Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad (Diario Oficial 4-ago-2010) | |
| Delgadez severa | | | <16.00 | | |
| Delgadez moderada | | | 16.00 16.99 | | |
| Delgadez leve | | | 17.00 18.49 | | |
| Intervalo normal | | Aumentado | 18.50 24.99 | En población adulta general | En adultos de estatura baja |
| | | | | | Mujer < 1.50 m y Hombres <1.60 m |
| Sobrepeso | Aumentado | Alto | ≥25.00 | >25.00 29.9 | 23-25 |
| Pre-obesidad | | | 25.00 29.99 | | |
| Obesidad | Alto | Muy alto | ≥ 30.00 | ≥ 30.00 | ≥ 25.00 |
| Obesidad grado I | | | 30.00 34.99 | | |
| Obesidad grado II | | | Muy alto | Extremadamente alto | 35.00 39.99 |
| Obesidad grado III | Extremadamente alto | | > 40.00 | | |

Fuente: NOM 043, 2012.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

ALPUCHE, Paloma. Manejo Clínico y Práctico de la Lactancia Materna en México. 1ª Edición. México: 2011. Pp. 36, 52 y 109.

AGUAYO, Josefa. La lactancia Materna. 1ª edición. Madrid: Médica Panamericana, 2001. Pp. 320-322.

AGUILAR, María. VILLAVERDE, Carmen. Fisiología de la Glándula Mamaria. En su: Lactancia Materna. Madrid: Elsevier España, 2005. Pp. 40-43.

ALTMANN, Marina. GRIL, Silvia. Investigación del proceso terapéutico en interacción Temprana, 1ª ed. Uruguay: Revista uruguaya de psicoanálisis, 2000. 91 p.

BONILLA, Jacqueline. GAVIRIA, Andrés. Relación de la lactancia materna con el desarrollo motor de niños y niñas Una revisión de la evidencia científica, para optar el título de (Especialista en Gerencia de Proyectos). Medellín, Colombia: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Educación Virtual y Distancia, 2015. 9-26 p.

BOWLBY, John. El apego y la pérdida, 3ª ed. España: Editorial Paidós, 1998. 225 p.

CAMARGO, Alberto. LATORRE, Fidel. PORRAS, Johanna. Factores Asociados al Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva. Hacia la Promoción de la Salud [en línea] volumen 16, no. 1. Enero-junio 2011. [Fecha de consulta: 09 Abril 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126695005.pdf>

Composición e inmunología de la leche humana. [En línea]. 4ª Edición. México: Julio-Agosto de 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm2011/apm114f.pdf>

CONTE, Ignacio. [et.al.] Binomio madre e hijo durante la lactancia materna. 2ª. Ed. México: Mc Graw Hill, 2012. 116 p.

DANTE, José. GONZÁLEZ, Quirós. Revista Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad. Common Ground Publishing España, S.L. Volumen 1(2): 8-16, 2014.

CALAMA, Martín. El Destete. En: Aguayo M. Josefa, Et al. Manual de Lactancia Materna. Madrid: Médica Panamericana, 2009. Pp. 325-328.

CUEVAS, Lucia. Tendencias de la mala nutrición en menores de cinco años en México, 1988-2016: análisis de cinco encuestas nacionales. *Salud Pública Mexico 2018*. (60), N3: 283-287, junio del 2018.

Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación. México: NOM, 2013. 18 p.

Ensanut2012.WilmaB.FIERRO.Disponible en file:///E:/PROTOCOLO%20DE%20INVESTIGACION/INFORMACION%20DOCUMENTAL%20DE%20PROTOCOLO/ENSANUT_2011-2013_tomo_1.pdf. Fecha de consulta 23 de abril del 2018.

Ensanut-Chiapas2012.MartinA.ROMERO.Disponible en <file:///C:/Users/yecom/Desktop/INFORMACION%20PARA%20RESULTADOS/ensanut%20chipas%202012.pdf>. Fecha de consulta 21 de abril del 2018.

DELGADO, Xiomara. SALAZAR, Scarlett. Lactancia Materna. Beneficios Científicos Demostrados. En: Machado de Ponte, Livia. Nutrición Pediátrica. Caracas: Médica Panamericana, 2009. Pág. 84.

MEZA, Fabiola. “relación que existe entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses que acude al servicio de salud de un centro de salud”, para optar el título de licenciada en enfermería, lima, Perú universidad nacional mayor de san marcos facultad de medicina e.a.p. de enfermería.2015, 12-33.

DUNO, Alberto. Efecto del contacto piel con piel Sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo Obstétrico. 1 ED. Revista Chilena de Pediatría, 2004.pp.285-292.

FLORES, Samuel. Peso al nacer de los niños derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín médico del Hospital Infantil de México. Vol69 (1): 2-4, Febrero del 2012.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. 25 de abril del 2015. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf. Fecha de consulta: 17 de marzo del 2018.

GOMEZ, Gloria. Lactancia materna y estado nutricional en niños menores de 1 año. Trabajo de titulación (Licenciado en nutriología). Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, 2014. 48p.

GORRITA, Benigno. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en un Hospital Regional. *Pediatría de México* [en línea]. Junio 2009, vol. 11, no.1. [fecha de consulta: 5 de septiembre del 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2009/pm091f.pdf>

HERNÁNDEZ,Roberto.Et al. Metodología de la investigación. 5ta ed. México: Mc Graw Hill, 2010. 656p.

JIMÉNEZ, María. BETANCOURT, Antonio. LA importancia de la lactancia en el desarrollo físico, psíquico y relacional del niño. Revista do NESME, Vol. 12(1):12-27, 2015.Instituto Nacional de Salud Pública. INSP. Disponible en:<http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud14/2623-indice-lactancia-materna-mexicobaja-79-puntos-porcentuales.html>. Fecha de consulta 01 de Octubre de 2018.

Introducción Precoz de Sustitutos de Lactancia Materna e Incidencia de Lactancia Materna Exclusiva al Mes de Vida. *Revista Chilena de Pediatría*. 81(4): 326-332.

MORILLO, Joaquín.MONTERO, José. lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. Enfermería Global, vol. 9(2): 2-14, junio, 2010.

MARÍN, Rodrigo.ROMERO, Zoila. Alimentación del Niño o la Niña de Cero a Seis Meses. En su: *Elementos de Nutrición Humana*.San José: Editorial de la Universidad Estatal a Distancia, 2014. Pp. 164-165.

MARÍN, Jessica. VILLAMARÍN, Eder. Influencia de la lactancia materna en la formación del vínculo y en el desarrollo psicomotor.Colección Académica de Ciencias Sociales. Volumen 3 (2): 3-10, Diciembre 2016.

NEVILLE, John. Breastfeeding Problems associated with the early introduction of

Bottles and pacifiers. *J Human Lact*, 2001.6(2): 59-63 pp.

NURE, Luis. Investigación sobre los procesos de adaptación de lactantes. Madrid, España. 9(7).Noviembre 2008.

Lactancia Materna. [En línea]. 3ª edición. Chiapas: Coordinación de Investigación y Servicios Editoriales. Julio-Septiembre de 2014.
file:///C:/Users/AMAYRANI/Downloads/Revista%20No.%206%20Articulo%20No.%2073%20(2).pdf

Lactancia y Maternidad en México. Retos ante la inequidad [en línea]. 2ª edición. México: Fundación Mexicana de Apoyo Infantil, A.C., 2013 [fecha de consulta: 09 Abril 2016]. Disponible en: <https://www.savethechildren.mx/sites/savethechildren.mx/files/resources/Lactancia%20Materna%20en%20Mexico%20Retos%20Ante%20la%20Inequidad.pdf>

LEÓN, Ricardo. Causas de Abandono de Lactancia Materna en un Hospital de Tercer Nivel. *Pediatría de México* [en línea]. Volumen 12, no. 1. Enero-junio, 2010. [Fecha de consulta: 02 Abril 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm2010/pm101f.pdf>

LERMA, Paloma. Manejo Clínico y Práctico de la Lactancia Materna en México. 1ª Edición. México: 2011. Pp. 36, 52 y 109.

OCHOA, Lorenzo. *Anales de antropología*. 1ª Edición. México. Instituto de investigadores antropológicos de la Universidad Autónoma de México. 2005.193 p.

OLIVEROS, Luis. (2004). El vínculo afectivo como opción de vida en la convivencia familiar. Ibagué – Colombia: Pontífice Universidad Javeriana.

OLMOS, Alberto. Lactancia materna y el desarrollo de alergias. *Revista pediatría* [en línea]. Volumen 7. 2003, no. 4. [Fecha de consulta: 15 Marzo 2018].

Disponible en:

https://scp.com.co/precopold/precop_files/modulo_7_vin_4/PrecopVol7N4_2.pdf

Organización Mundial de la Salud. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/es/>

Fecha de consulta: 7 de octubre de 2018.

OVALLE, Ignacio. Necesidades Esenciales en México (Alimentación). 5ª edición. México: The McGraw-Hill, 1999. Pp. 53-55

Organización Mundial de la Salud. OMS 2017. Disponible en: <http://www.who.int/es/>. Fecha de consulta: 21 de agosto de 2018.

PALAFIX, María. LEDESMA, José. Lactante. En su: Manual de Fórmulas y Tablas para la Intervención Nutriológica. México: The McGraw-Hill, 2015. Pp. 5977.

PEREZ. López, María Guadalupe y GONZALEZ Pérez, Guillermo J. Factores maternos asociados con la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México. Bol Of Sanit Panam [en línea]. 1993, vol. 115, no.2. [Fecha de consulta: 14 de octubre del 2018].

Disponible en:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16336/v115n2p118.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Práctica de Alimentación Infantil y Deterioro de la Lactancia Materna en México. [En línea]. 2ª edición. Cuernavaca: Salud Pública de México. Enero de 2013. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800014&script=sci_arttext

Prevalencia y Causas de Abandono de Lactancia Materna en el Alojamiento de una Institución de Tercer Nivel de Atención. [En línea]. 1ª edición. México: El Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Enero-Febrero de 2006. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166511462006000100005&script=sci_arttext

Revista Cubana de Pediatría. Cuba, 87(2). Agosto 2015.

Red internacional de autoridades de inocuidad de los alimentos (INFOSAN) [en línea]. 6ª edición. Ginebra: FAO/WHO, 2004. [Fecha de consulta: 22 Mayo 2018]. Disponible en: http://www.who.int/foodsafety/fs_management/No_01_Esakazakii_Jan05_sp.pdf

ROSSATO, Norma. LÓPEZ, Nora. Alimentación con Leche Materna. En: Ceriani, Cernadas José M. et al. Neonatología Práctica. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2009. Pp. 160-161.

RUIZ, Liard. LATARJET, Michel. Mama En su: Anatomía Humana. 4ª edición. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2008. Pp. 1664-1666.

LAWRENCE, Ruth. Apoyando la Lactancia Materna/Desarrollo Emocional y Social Infantil de la Primera Infancia. University of Rochester School of Medicine, EE.UU. Vol 2(3):4-7, Enero 2005.

SALAS, Salvado. GARCÍA, Lorda. SÁNCHEZ, José La Alimentación y la Nutrición a través de la Historia. 1ª edición. Barcelona: Editorial Glosa, 2005. Pp.413-415

SÁNCHEZ, César. La Glándula Mamaria. 1ª edición. México: Fundación Santesy de la Garza, 2001. Pp. 7-8.

Secretaria de Salud. NOM-043-SSA2-2012: Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México, México, SS: 2013. 20p

SILVA, Rosa. SILVA, Gioconda. ATALAH, Eduardo. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Revista chilena de pediatría [en línea]. Volumen 83, no. 2, Abril 2012. [Fecha de consulta: 20 Mayo 2018]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007

United Nations International Children's Emergency Fund. UNICEF. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html. Fecha de consulta. 30 de Septiembre de 2018

UNICEF. Estado mundial de la infancia 2016. Una oportunidad para cada niño.

Recuperado de: Revista chilena de pediatría [en línea]. Volumen 23, no. 8, Marzo 2012. [Fecha de consulta: 20 Septiembre 2018]. Disponible en:

https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf(2016).

VILLALPANDO, Salvador. Nutrición en el Primer Año de la Vida. En: Casanueva, Esther et al. Nutriología Médica. México: Médica Panamericana, 2008. Pp. 62-69

WINNICOTT, Donald. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. 1ª edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial, 1993. Pp 267-278