

Barrionuevo, Betiana y Fernández, Laura Noemí

Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva en adolescentes y jóvenes embarazadas

2021

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Compartir Igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Barrionuevo, B. y Fernández, L. N. (2021) *Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva en adolescentes y jóvenes embarazadas* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



Instituto de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Enfermería
Proyecto de Tesina

Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva
en adolescentes y jóvenes embarazadas

Alumnas: Fernández; Laura Noemí.

Barrionuevo; Betiana.

Directora de Tesina: Romano; Susana.

Florencio Varela, junio 2021

Índice

Introducción	4
Problema	6
Justificación	6
Objetivos	7
Marco Teórico	8
-Embarazo	8
-Adolescentes Embarazadas	10
-Teoría de Desarrollo Adolescente	11
-Anatomía de las Glándulas Mamarias	15
-Lactancia Materna Exclusiva	17
-Almacenamiento de Leche Materna	24
-Ventajas de la Lactancia Materna	24
-Técnica de Amamantamiento	26
-Posición de Amamantamiento	26
-Teoría de Enfermería	27

-Lactancia Materna en la Legislación Argentina	29
Metodología	32
Contexto de Análisis	34
Resultados (Gráficos)	36
Conclusión	52
Recomendaciones	52
Bibliografía	54
Anexo	56
-Instrumento de Recolección de Datos	57
-Tabulación de Datos	61
-Cronograma de Actividades	64

Introducción

Este trabajo se basó en un proyecto de investigación sobre la lactancia materna exclusiva en adolescentes y jóvenes de entre 15 y 21 años embarazadas, se realizó en el Centro de Salud de Km26 partido de Florencio Varela, en el periodo de enero a abril 2021. En este caso fue focalizada en un grupo aproximado de 50 adolescentes embarazadas que asistieron a la consulta prenatal.

En el mismo se propone observar un manejo de la lactancia materna que ha ido pasando de generación en generación, a través de la comunicación oral o la literatura, así como también se va conociendo la ayuda de mujer a mujer en esta noble labor. Sin embargo, en los últimos años comenzó a decaer la lactancia materna y con ella el destete más temprano en los países.

La lactancia forma parte integral del proceso reproductivo y es la forma ideal y natural de alimentar al lactante, constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del mismo.

La succión es uno de los reflejos organizados con que nacen los lactantes, este se desarrolla y ejercita antes del nacimiento, siendo el mecanismo previsto para prolongar la relación con la madre durante la gestación y mantiene la finalidad más importante luego del nacimiento. Proceso que favorece al apego, lo cual es fundamental “la hora de oro” para el vínculo madre-hijo lo que los llevara a tener un entendimiento casi único de unión en el desarrollo de la vida del recién nacido.

Este hecho, junto a otros importantes efectos en la prevención de las infecciones, en la salud y el bienestar de la madre, en el espaciamiento de los embarazos, la lactancia natural es un elemento clave de la autosuficiencia en la atención primaria de la salud y de los actuales criterios de desarrollo. Más aún cuando se trata de madres adolescentes que se desarrollan en hogares disfuncionales y no propicios para el mantenimiento y calidad de vida del recién nacido.

La concepción en la adolescencia es una dificultad en la sociedad que va aumentando poco a poco, además en un problema con el que se enfrenta una madre adolescente que no está, ni física ni emocionalmente apta para afrontar esta

delicada tarea, además del escaso conocimiento para alimentar y nutrir a su producto basándose en la importancia de la lactancia materna exclusiva y sus prácticas. Recientemente alrededor de la década de los noventa es cuando los índices de la práctica de lactancia materna exclusiva mejoran un poco, pero sigue muy baja especialmente en los países en vías de desarrollo la práctica de lactancia materna va de la mano con la alimentación complementaria.

Una de las principales causas en la baja de lactancia materna exclusiva fue la industrialización de la leche en polvo que provocó la necesidad de generar nuevos consumidores para este producto. Posteriormente la industria pasaría a promover indiscriminadamente alimentos infantiles y biberones en los medios de comunicación y a través del contacto directo con las madres y profesionales de la salud. Tomando como referencia a los adolescentes como primer punto de vulnerabilidad en la sociedad en este trabajo se trata de concientizar a que la lactancia materna exclusiva en adolescentes sea un hecho disminuya a futuro la muerte por nutrición.

Los cambios de estilo de vida y la explosión de consumo contribuyeron al éxito de estos emprendimientos, a través de los medios de comunicación; así parece que en este nuevo mundo no exista el momento y lugar para un acto tan natural como el amamantar.

El periodo más crítico y de mayor vulnerabilidad en el ser humano son los primeros meses de vida donde la madre entrega a sus hijos el alimento más importante e irremplazable durante los primeros 6 meses, la leche materna, y por medio de esta una inmunidad adquirida pasiva, siendo una vacuna única natural para la prevención de enfermedades infecciosas, ya que la madre produce desde el mismo momento del nacimiento la primera leche (Calostro) la cual tiene un alto grado de nutrientes y minerales en pocas cantidades glúcidos y lípidos, esta fórmula láctea va evolucionando al mismo tiempo que evoluciona el niño en edad pasando del calostro a la leche intermedia y allí a la madura.

Además, posee cada una de las cinco inmunoglobulinas, principalmente la IgA secretoria, la cual está constituida por dos unidades de IgA y un factor secretor cuya

función es evitar que el jugo gástrico del recién nacido destruya los nutrientes que son aportados por la misma.

Hoy son indiscutibles los beneficios que aporta la lactancia materna tanto para la madre como para el recién nacido, bien sea desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo y psicológico entre los que se pueden destacar.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) podrían salvarse en el mundo, más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida. Además, se establece una interacción afectiva entre el binomio MADRE-HIJO, imposible de lograr con algún otro método de alimentación artificial ya que, al amamantar a su hijo, este está más cerca de los latidos del corazón de la madre.

Problema

¿Qué conocimiento o información oportuna y eficaz sobre la lactancia materna exclusiva y sus beneficios, poseen las adolescentes y jóvenes entre 15 a 21 años embarazadas que asisten a la consulta prenatal del Centro de Salud de Km26 en el partido de Florencio Varela, en el periodo de enero a abril del 2021?

Justificación

Debido a la gran demanda que se presenta en nuestro país se ha detectado con el pasar del tiempo un aumento en la tasa de natalidad. Todo esto correspondiente a progenitoras adolescentes y jóvenes las cuales se han desarrollado en hogares disfuncionales o barrios marginales en los que la información es escasa o distorsionada, influyendo así directamente en el nivel de escolaridad, por consiguiente, en el nivel de conocimiento adquirido y en último de los casos en las decisiones que toman, teniendo como consecuencia la maternidad en adolescentes.

Siendo la adolescencia y juventud un paso previo a la adultez algunas mujeres desarrollan ese grado de responsabilidad mientras que otras ni siquiera lo manifiestan, sin embargo, a nivel físico pueden llegar a un grado de madurez que permita controlar esta situación mientras que la madurez emocional y educativa es un proceso continuo que avanza de acuerdo con la disposición del individuo y al factor extrínseco al que está íntimamente relacionado.

La información compartida por la UNICEF y la OMS nos dan la pauta para intervenir y hacer partícipes a estas madres adolescentes y jóvenes en un programa educativo que permita disminuir esta tasa de maternidad y tomar como objetivo la concientización en la información oportuna y eficaz de lactancia exclusiva así mismo tener como meta la planificación familiar y la prevención de un sinnúmero de complicaciones que se presentan al ser madres a temprana edad. Además de ser un precursor de los altos índices de morbi-mortalidad neonatal y de riesgos nutricionales resaltando entre estos la desnutrición.

Este trabajo compila a las madres adolescentes afectadas en el ámbito educacional y económico. Las cuales deben concientizar y ayudar a revertir este porcentaje que al momento es muy elevado en el índice materno adolescente.

Objetivos

Objetivo General

Conocer y concientizar en la información oportuna y eficaz de lactancia materna exclusiva en el control prenatal de las adolescentes y jóvenes entre 15 a 21 años embarazadas que asisten a la consulta prenatal del Centro de Salud de Km 26 en el partido de Florencio Varela, en el periodo de enero a abril del 2021.

Objetivos Específicos:

- Señalar el nivel de escolaridad, estado conyugal y ocupación de las madres.
- Medir el nivel de conocimiento en torno a la lactancia materna exclusiva.
- Definir las actitudes de las madres frente a la lactancia materna exclusiva.

- Identificar las prácticas y técnicas del mantenimiento que poseen las madres para dar de lactar a su hijo.
- Identificar los factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia exclusiva.
- Demostrar la importancia de un programa educativo sobre lactancia materna exclusiva y sus componentes nutricionales, la cual será un aporte para la orientación de madres lactantes.
- Identificar el conocimiento adquirido sobre lactancia materna exclusiva.

Marco Teórico

EMBARAZO

Al producirse el embarazo el organismo materno inicia y desarrolla una serie de modificaciones que afectan casi sin excepción todos los órganos y sistemas.

El embarazo puede considerarse como un elemento extraño para el organismo materno, pues en el desarrollo del mismo intervienen factores paternos heterogéneos para la madre que hace circular en la sangre sustancias de naturaleza aún desconocida.

Ante ello, los órganos reaccionan con nuevas modificaciones morfológicas y funcionales que tienden a establecer el equilibrio.

Cuando esta reacción es suficiente el embarazo evoluciona normalmente, pero si la agresión es mayor el equilibrio es difícil de establecer y se producen alteraciones que constituyen enfermedades tóxicas del embarazo. Este proceso fisiológico es de gran importancia ya que es desde aquí donde se empieza a formar la leche materna que en un futuro no muy lejano será el nutriente óptimo para el producto de una madre.

Síndrome general de adaptación al embarazo

En el síndrome general de adaptación al embarazo (SGA) se desarrolla tres períodos.

Primer período de intolerancia:

-Equivale a una reacción de alarma y puede llegar a su máxima intensidad alrededor del segundo mes, cuando el organismo materno reacciona frente al huevo, considerado como un elemento extraño.

Psicológicamente, este período se considera uno de los más importantes y peligrosos debido a que la mujer puede volverse aprehensiva y experimentar molestias físicas provocadas por una actitud mental creada por:

-El embarazo en sí, considerado como una experiencia nueva para la madre que puede ofrecerle ciertos riesgos, todo lo cual la lleva a sentir temor a lo desconocido.

-Algunas situaciones especiales en que se encuentra la madre: Esperar un hijo indeseado, ser madre soltera, tener malas o deficientes relaciones interpersonales con los hijos o con la familia, estar en una condición socioeconómica difícil, estar sin empleo, etc., son factores que le producen inseguridad y duda y que pueden terminar en verdaderos estados de conflicto hacia la aceptación de su embarazo, con una repercusión directa en la salud física o mental del hijo.

Segundo período:

-Comprende desde los 3 a 7 meses. Durante este tiempo la madre ha superado o resuelto su estado de indecisión y ha logrado cambiar su actitud hacia el embarazo, este es el período de adaptación, que sería equivalente al estado de resistencia. En este periodo la gestante entra en una etapa de tranquilidad, hace planes para esperar a su hijo y, además, ocurre algo muy estimulante para ella: percibe los movimientos fetales.

Tercer período de sobrecarga o de agotamiento:

-Ocurre en el tercer trimestre, tiempo en que le suceden a la gestante modificaciones mecánicas producidas por el gran volumen de contenido uterino.

En este período, la mujer muestra nuevamente temor hacia lo desconocido, temor por ella misma y por el niño: piensa en los procedimientos hospitalarios, posibilidad

de muerte por complicaciones durante el parto, defectos del niño y crianza del mismo.

Es importante que la enfermera y la familia conozcan la actitud mental que presente la gestante, para darle un manejo adecuado y para evitarle reacciones que la puedan llevar a manifestaciones, que le produzcan desadaptación durante el embarazo.

ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Siendo el adolescente un pilar fundamental para el desarrollo de la sociedad adulta con miras al desarrollo en beneficio de algunos ámbitos se puede apreciar y más que todo palpar que una gran cantidad de adolescentes quedan enmarcados por su falta de madurez psicosocial que los limita a comprometerse con cuidados complejos como lo es el bienestar de otro individuo a cargo de ellos. Es válido mencionar que en el campo de la salud y exclusivamente en el tema de lactancia materna estas conductas no entran en el rango esperado citando aquí los precedentes que se puedan obtener como datos previos al análisis de este gran grupo en mención.

Por otra parte, si consideramos la adolescencia como una construcción socio-cultural y teniendo en cuenta que las adolescentes constituyen un grupo social con sus propias características, estilos de vida e identidad, y que, por otra parte, a pesar de los esfuerzos realizados, la situación de duración de la lactancia materna no ha mejorado, se hace necesario conocer cuáles son los significados sociales y culturales que este grupo le atribuye al embarazo y a la experiencia de lactar, y cuáles son los factores que intervienen en la decisión y en el inicio de la lactancia materna en este grupo.

TEORÍAS DEL DESARROLLO ADOLESCENTE

Teoría Psicoanalítica de Freud:

La teoría psicoanalítica describe el desarrollo fundamentalmente como un proceso inconsciente, es decir, más allá de la conciencia e intensamente teñido por las emociones. Los teóricos psicoanalíticos consideran que el comportamiento sólo es

una característica superficial y que, para entender verdaderamente el desarrollo tenemos que analizar los significados simbólicos del comportamiento y el funcionamiento interno de la mente. Los teóricos psicoanalíticos también hacen hincapié en la idea de que las experiencias tempranas con los padres moldean considerablemente el desarrollo. Estas características se reflejan claramente en la principal teoría psicoanalítica, la de Sigmund Freud.

La estructura de la personalidad:

(Freud, 1917) Creía que la personalidad estaba compuesta por tres estructuras diferentes: El Id o ello, El Ego o yo y el Superego o Superyó.

El id o Ello es la estructura Freudiana de la personalidad que está integrada por los instintos, los cuales constituyen la reserva de energía psíquica de una persona. En la teoría de Freud el Id es completamente inconsciente; no tiene ningún contacto con la realidad. Cuando los niños experimentan las exigencias y restricciones impuestas por la realidad, emerge una nueva estructura de la personalidad (el Ego o Yo), la estructura Freudiana de la personalidad que afronta las demandas de la realidad. El Ego se denomina la “rama ejecutiva” de la personalidad porque toma decisiones racionales. El Id y el Ego no tienen moralidad, no tienen en cuenta si las cosas están bien o mal. El Superego o Superyó, la tercera estructura freudiana de la personalidad, es la “rama moral” de la personalidad. El Superego tiene en cuenta si las cosas están bien o mal. Podemos pensar en el superego como en lo que solemos denominar “conciencia”. Probablemente ya habrá empezado a intuir que el

Id y el Superego se lo ponen muy difícil al Ego. Su Ego puede decir: “mantendré relaciones sexuales solo ocasionalmente y me aseguraré de tomar las precauciones necesarias porque no quiero que el hecho de tener un hijo interfiera con mis estudios”. Pero su Id le dirá: “quiero satisfacer mis instintos, el sexo es placentero”. Y su Superego también tendrá algo que decir: “me siento culpable por mantener relaciones sexuales”.

Fases Psicosexuales:

Conforme Freud iba escuchando, preguntando y analizando las respuestas de sus pacientes, se fue convenciendo de que sus problemas eran el resultado de las experiencias acumuladas durante las primeras etapas de la vida. Freud creía que pasamos por cinco fases de desarrollo sexual, y que en cada una de ellas experimentamos el placer en una parte del cuerpo, con mayor intensidad que en otras.

La fase oral, que abarca los 18 primeros meses de vida, es la primera etapa Freudiana, en la cual el placer del bebé se centra en torno a la boca. Masticar, succionar y morder son las principales fuentes de placer de un bebé. Estas acciones le permiten mitigar la tensión.

La fase anal, comprendida entre el año y medio y los tres años, es la segunda fase Freudiana, en la cual el placer del bebé se sitúa en el ano o la función de excreción a él asociada.

Según Freud, la contracción-relajación de los músculos anales permite mitigar la tensión.

La fase fálica, comprendida, entre los tres y los seis años, es la tercera etapa Freudiana. Su nombre proviene del término latino Phallus, que significa falo o pene. Durante la etapa fálica el placer se localiza en los genitales, cuando el niño descubre que su manipulación resulta placentera.

Según la teoría de Freud la fase fálica es muy importante en el desarrollo de la personalidad porque es durante este período cuando aparece el complejo de Edipo. Este nombre procede de la mitología griega en la que Edipo, el hijo del rey de Tebas, mata sin saberlo, a su padre y contrae matrimonio con su madre. En la teoría Freudiana el complejo de Edipo es el intenso deseo que experimentan los niños pequeños de sustituir al padre del mismo sexo y disfrutar del afecto del padre del sexo opuesto. El concepto de complejo de Edipo de Freud ha sido criticado por algunos psicoanalistas ¿Cómo se resuelve el complejo de Edipo? Entre los cinco y seis años de edad, el niño reconoce que el padre del mismo sexo podría castigarlo por sus deseos incestuosos para producir el conflicto el niño se identifica con el

padre del mismo sexo y se esfuerza por parecersele, pero, si no logra resolver el conflicto, puede quedarse fijado en la fase fálica.

La fase de latencia, comprendida aproximadamente entre los seis años y la pubertad es la cuarta fase Freudiana, en ella el niño reprime todos sus impulsos sexuales y se centra en desarrollar las habilidades sociales e intelectuales. Estas actividades canalizan la mayor parte de la energía del niño hacia áreas emocionalmente seguras y le ayudan a olvidarse de los conflictos sumamente estresantes de la fase fálica.

La fase genital es la quinta fase Freudiana. Se inicia con la pubertad y se prolonga durante la etapa adulta. La fase genital es un período de reactivación de los impulsos sexuales; la fuente del placer sexual se encuentra ahora en una persona ajena al contexto familiar. Freud creía que los conflictos con los padres no resueltos se reactivan durante la adolescencia. Cuando se resuelven, el individuo es capaz de desarrollar una relación amorosa madura y funcionar independientemente como adulto.

Teoría Cognitiva de Vigotsky:

Se basa en tres ideas principales:

(1) las habilidades cognitivas de los niños y adolescentes se entienden mejor cuando se analizan e interpretan evolutivamente.

(2) las habilidades cognitivas están mediadas por las palabras el lenguaje y la forma del discurso que cuando actúan como herramientas psicológicas para facilitar y transformar la actividad mental.

(3) las habilidades cognitivas tienen su origen en las relaciones sociales y están inmersas en un trasfondo sociocultural.

Para Vigotsky adoptar un enfoque evolutivo significa que, para entender cualquier aspecto del funcionamiento infantil y adolescente, se deben examinar sus orígenes y transformaciones desde formas tempranas a formas más tardías. Por ello, un acto

mental en concreto no se puede considerar aisladamente, sino que se debe evaluar como un paso más en un proceso de desarrollo gradual.

La segunda idea de Vigotsky afirma que, para entender el funcionamiento cognitivo, es necesario examinar las herramientas que lo medían y le dan forma, y ello le llevó a creer que el lenguaje es la más importante de esas herramientas. Vigotsky argumentó que el lenguaje es la herramienta que ayuda al niño y al adolescente a planificar actividades y a resolver problemas.

La tercera idea de Vigotsky era que las habilidades cognitivas se originan en las relaciones sociales y la cultura, Vigotsky consideraba que el desarrollo cognitivo del niño y del adolescente no se pueden separar de las actividades sociales y culturales. Creía que el desarrollo de la memoria, la atención y el razonamiento implican aprender a utilizar las herramientas que ha creado la sociedad tales como el lenguaje, el sistema matemático y las estrategias mnemotécnicas.

Partiendo de estas ideas básicas, Vigotsky articuló una teoría novedosa y muy influyente sobre la relación existente entre el aprendizaje y desarrollo. Las ideas de Vigotsky reflejan sobre todo la premisa de que el funcionamiento cognitivo tiene un origen social.

La teoría de Piaget y la naturaleza de los procesos cognitivos:

La teoría de Piaget es la teoría del desarrollo cognitivo, más conocida y más ampliamente comentada. Piaget hizo hincapié en que los adolescentes están motivados a entender el mundo porque es biológicamente adaptativo. En la teoría de Piaget, los adolescentes construyen activamente su mundo; no se limitan a acumular en sus mentes información procedente del entorno. Para dar sentido al mundo, los adolescentes organizan sus experiencias; separan las ideas importantes de las menos importantes y conectan las ideas entre sí. No solo organizan sus observaciones y experiencias, también adaptan su forma de pensar para incluir nuevas ideas, porque la información adicional mejora la comprensión.

Estadios del desarrollo cognitivo

Piaget afirmó que las personas pasamos por cuatro estadios o etapas de pensamientos diferentes: sensorio-motor, pre-operacional de las operaciones concretas y de las operaciones formales. Cada uno de estos estadios está relacionado con la edad y consiste en una forma diferente de pensar. Es la forma de entender el mundo lo que determina que un estadio sea más avanzado que otro; tener más conocimientos, no determina que un adolescente piense de una forma más avanzada. A esto se refería Piaget cuando decía que la cognición es cualitativamente distinta de un estadio a otro.

ANATOMÍA DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS

El crecimiento de la glándula mamaria es un proceso gradual que se inicia en la pubertad y depende de las hormonas hipofisarias. El desarrollo de lobulillos y alvéolos y la proliferación de conductos requieren también la integridad de la hipófisis.

El pecho está plenamente preparado desde la semana 16, sin ninguna intervención activa de la madre. Se mantiene inactivo por el equilibrio de las hormonas inhibitoras que suprimen la respuesta de la célula diana. En las primeras horas y días post parto el pecho responde a los cambios en el ambiente hormonal y al estímulo de la succión, produciendo y secretando leche.

En la mujer la glándula mamaria se encuentra en la estructura anatómica denominada mama, la histología de la glándula mamaria es prácticamente la misma en todas las especies, un parénquima glandular compuesto de alveolos y ductos 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 las proteínas, grasas, hidratos de carbono, sales minerales, anticuerpos y el agua que son los principales constituyentes de la leche. El proceso de síntesis y de secreción es similar en todas las especies. La composición química de la leche y la disposición anatómica del sistema de almacenamiento de la leche en la glándula mamaria varía en las diversas especies.

Areola:

Es la parte más oscura alrededor del pezón. Durante el embarazo se oscurece aún más, para hacerse más visible cuando el bebé empiece a mamar. El niño o niña debe tomar parte de la areola para mamar bien.

Pezón:

Es la punta del pecho por donde sale la leche a través de 15 a 20 pequeños agujeros.

Glándulas de Montgomery:

Son los bultitos que se encuentran en la areola. Estas glándulas producen un líquido aceitoso que mantiene los pezones suaves y limpios. Además, tiene un color que atrae al niño o niña al pezón.

Tener pechos grandes o pechos pequeños no tiene nada que ver con la producción de leche.

Alvéolos:

Es donde se produce la leche. Con cada mamada estos se contraen para sacar la leche.

Conducto lactífero:

Son los que conducen la leche de los alvéolos a los senos lactíferos. Continuamente la leche baja por ellos.

Senos lactíferos:

Los senos lactíferos quedan debajo de la areola; es aquí donde se almacena la leche. Por eso, es importante que el niño o la niña abarque parte de la areola para exprimir la leche.

Nervios:

Son los que mandan la orden al cerebro de hacer más leche en los alvéolos. También transmiten la orden al cerebro para hacerla salir del pecho.

Tejido graso:

Envuelve todo el seno y le sirve de colchón protector. Algunas mujeres tienen más grasa en los pechos que otras. Por eso las mujeres tienen diferentes tamaños de pechos. Tener senos grandes o pequeños no afecta en la producción de leche.

¿Cómo se produce la leche?

Cuando el niño o la niña mama bien, la lengua y la boca estimulan el pezón. Entonces los nervios del pezón mandan el mensaje al cerebro de la madre de que el niño o niña quiere leche. El cerebro responde y ordena la producción de la sustancia llamada prolactina. La prolactina hace que la leche se comience a formar en los alvéolos. Entre más mama el niño o la niña más leche produce la madre. Para que la leche baje de los alvéolos al pezón, el cerebro hace producir otra sustancia que se llama oxitocina. A veces la madre puede sentir la bajada. Si el niño o niña no mama bien la madre no recibe el estímulo adecuado y no produce suficiente leche.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La lactancia forma parte del ciclo reproductivo de todos los mamíferos incluido el hombre. El control hormonal de la lactancia puede describirse en tres apartados principales: Mamogénesis o crecimiento de la mama, Lactogénesis o inicio de la secreción de leche y Galactopoyesis o mantenimiento de la secreción láctea ya establecida. (Lawrence, 2004).

Mamogénesis (Crecimiento de la mama)

Los conductos primarios y secundarios que se desarrollan en el feto continúan creciendo tanto en el varón como en la mujer, en proporción al crecimiento general.

Poco después de la pubertad comienza en la mujer una expansión más rápida del sistema de conductos. El crecimiento de los conductos parece depender sobre todo de los estrógenos y no tiene lugar en ausencia de los ovarios. El crecimiento completo de los alvéolos requiere también la estimulación de la progesterona.

Las influencias hormonales durante la gestación producen profundos cambios en el pecho. Al comienzo del embarazo, las hormonas luteales y placentarias producen

un marcado aumento de la gemación y ramificación de los conductos y de la formación de lobulillos. El lactógeno placentario, la prolactina y la gonadotropina coriónica construyen este crecimiento acelerado. La gemación de los conductos se ha atribuido a los estrógenos, y la formación de lobulillos a la progesterona.

Lactogénesis (Inicio de la Secreción de Leche)

Hartman ha escrito los dos estadios de la Lactogénesis. El estadio primero se inicia unas 12 semanas antes del parto y es precedido por un aumento significativo de la lactosa, proteínas totales e inmunoglobulinas, y por el descenso del sodio y el cloro, como acopio de sustratos para la producción de leche.

La Lactogénesis II se inicia en el post parto por la caída de la progesterona mientras se mantiene alto el nivel de la prolactina.

El inicio del proceso no depende de la succión del bebe hasta el tercer o cuarto día, en que la secreción disminuye si no se extrae la leche de la mamá.

El estadio II incluye el aumento del flujo sanguíneo y de la captación de oxígeno y glucosa, así como un agudo incremento en la concentración de citrato, que se considera un marcador viable del estadio II de la Lactogénesis. El estadio II se inicia clínicamente dos o tres días después del parto. Los principales cambios en la composición de la leche continúan durante diez días, mientras se establece la “leche madura”. El establecimiento de la secreción de leche madura, antes llamado Galactopoyesis, se conoce ahora como el estadio tercero de la Lactogénesis.

Galactopoyesis (mantenimiento de la lactancia ya establecida)

El mantenimiento de la secreción de la leche antes conocido como Galactopoyesis se denomina ahora el estadio III de la Lactogénesis. Para el establecimiento y mantenimiento de la lactancia es indispensable la integridad del eje hipotálamo–hipofisiario, que regula los niveles de la prolactina y oxígeno. La lactación requiere síntesis de leche y liberación de la misma en los alvéolos y senos galactóforos. Cuando no se extrae la leche disminuye el flujo sanguíneo capilar, y puede inhibir la lactancia. Si no hay succión no se libera prolactina en la hipófisis. Los niveles basales de prolactina, y las elevaciones como consecuencia de la succión de leche

durante las primeras semanas después del parto. Sin oxitocina sin embargo, el embarazo puede llegar a término pero la madre no podrá amamantar por ausencia de reflejo de eyección.

Las terminaciones nerviosas sensitivas, localizadas sobre todo en la areola y en el pezón son estimuladas por la succión. El impulso nervioso aferente a través de la médula espinal hacia el mesencéfalo y el hipotálamo, produce la secreción y liberación de prolactina y oxitocina. La supresión de la secreción de PIF en el hipotálamo produce la liberación de prolactina en la hipófisis, y ésta estimula la síntesis y liberación de leche. En la mujer lactante puede producirse un reflejo de eyección condicionado sin una liberación concomitante de prolactina; la independencia entre las liberaciones de oxitocina y prolactina puede ser importante para tratar fracasos aparentes de la lactancia.

Eyección de leche

Para la eyección de leche se requiere el estímulo de una vía nerviosa aferente y la respuesta de una vía endocrina eferente.

El reflejo de eyección depende de receptores localizados en el sistema canalicular de la mama. Cuando los canalículos son dilatados o estirados se desencadena la liberación de oxitocina. En el pezón hay receptores táctiles para la liberación refleja de oxitocina y prolactina. Ni las presiones negativas y positivas producidas por la succión, ni los cambios de temperatura, desencadenan el reflejo de eyección. Las presiones negativas tienen cierto efecto, pero el factor principal es el estímulo táctil.

La succión produce cambios funcionales en la cría. Cuando un lactante succiona un pezón artificial disminuye rápidamente la intensidad de sus movimientos corporales, aumenta la actividad bucal, y disminuye su llanto. La experiencia de la lactancia afecta a la conducta del niño y a la interacción madre-hijo. En muchas especies se observa la succión no nutritiva. En el lactante humano la succión nutritiva es una sucesión de succiones regulares con pocas pausas, mientras que la succión no nutritiva presenta salvas de actividad alternando con períodos de reposo. La succión puede ser alterada por estímulos extraños, auditivos, visuales u olfativos.

El efecto de la succión sobre la madre incluye la estimulación de los nervios aferentes, la reducción del estímulo de succión produce una disminución de la prolactina y de la síntesis de leche. Las glándulas lactantes ajustan rápidamente la producción de leche a la demanda, probablemente por mecanismos tanto locales como endocrinos. Las variaciones en la secreción de leche se reflejan rápidamente en cambios anatómicos en la glándula mamaria. Los tejidos mamarios no estimulados muestran regresión en una semana. La regresión del tejido es paralela a la demanda, así, cuando el bebé amamantado muestra apetito el pecho responde.

Bioquímica de la leche materna

La leche materna no es un fluido corporal uniforme, sino una secreción de composición variable. La leche inicial es diferente a la leche final. El calostro es diferente de la leche transicional o madura. La leche varía con la hora del día y con el paso de los días. Con el cambio de las concentraciones de proteínas, lípidos, glúcidos minerales y células, varían también las propiedades físicas como la osmolaridad y el pH. Empieza a reconocerse el impacto de los cambios en la composición sobre la fisiología del intestino del lactante. Muchos componentes tienen papeles duales.

Los más de 200 componentes de la leche incluyen un amplio abanico de moléculas, cuya descripción mejora a medida que se perfeccionan las técnicas cuantitativas y cualitativas de laboratorio. La identificación de los lípidos ha avanzado espectacularmente en años recientes, pero también se han hallado carbohidratos y proteínas. Algunos de los compuestos identificados podrían ser productos intermedios de los procesos que tienen lugar en el interior de las células mamarias, y hallarse de modo puramente casual en el producto final. La leche contiene soluciones verdaderas, coloides, membranas, glóbulos rodeados de membrana y células vivas.

Calostro

En la leche materna se observan habitualmente tres fases: calostro, leche de transición y leche madura; su composición es importante para el recién nacido y su adaptación fisiológica a la vida extrauterina.

Durante la primera semana después del parto, la secreción mamaria es un fluido espeso y amarillento denominado calostro. La mezcla de materiales residuales presentes en la glándula mamaria y sus conductos en el parto se combinan progresivamente con la leche recién secretada formando el calostro. La composición del calostro es diferente de la leche de transición y de la leche madura, tanto por la naturaleza de sus componentes como por su proporción relativa.

El volumen también varía con la paridad de la madre. Las mujeres que han tenido otros embarazos y especialmente las que han dado el pecho anteriormente, tienen más calostro, y su volumen aumenta más rápidamente. El color amarillo se debe al B-caroteno. El contenido en cenizas es alto, y las concentraciones de sodio, potasio y cloro son superiores a las de la leche madura. Las proteínas, vitaminas liposolubles y minerales son también más abundantes que en la leche transicional o madura.

El calostro, con altos niveles de proteína y bajos de grasas y lactosa es rico en inmunoglobulinas, especialmente IgA secretoria. El número de células mono nucleares inmunocompetentes está en su nivel más alto. Los lípidos, presentes sobre todo en el núcleo de los glóbulos de grasa aumentan el 2% en el calostro al 2,9% en la leche de transición y el 3,6% en la leche madura.

El calostro facilita el establecimiento de la flora bífida en el tracto digestivo, y la expulsión del meconio.

Leche de transición

La leche producida entre la fase de calostro y madura es leche de transición; su contenido cambia gradualmente. Esta fase se prolonga desde aproximadamente los 7 a 10 días después del parto hasta las dos semanas. La concentración de inmunoglobulinas y proteínas totales disminuye, mientras aumenta la lactosa, la grasa y las calorías totales. Las vitaminas hidrosolubles aumentan y las liposolubles disminuyen hasta los niveles de la leche madura.

Leche madura (Agua)

En la leche de casi todos los mamíferos, con excepción de algunas especies marinas y árticas, cuya leche es muy rica en grasas. Todos los demás componentes están disueltos, dispersos o suspendidos en agua. El agua contribuye al mecanismo de regulación de temperatura del recién nacido, porque el 25% de su pérdida de calor se realiza mediante evaporación en la piel y los pulmones. En la mujer que lacta aumenta el consumo obligatorio de agua. Si se restringe la ingesta de agua durante la lactancia se reducirán otras pérdidas como la orina y la pérdida insensible de agua, antes de disminuir el agua necesaria para la producción de leche. Puesto que la lactosa es el factor regulador de la cantidad de leche producida, la secreción del agua en la leche es regulada parcialmente por la síntesis de lactosa.

Extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna

Extracción y almacenamiento de leche materna con extractor de leche:

Hay muchas situaciones en que el bebé no puede mamar directamente de su madre, pero ella desea darle su leche.

Es muy sencillo extraerse la leche. Se puede hacer manualmente o con ayuda de un extractor.

La extracción manual de leche materna se realiza mediante la técnica de Marmet:

-Coloque el dedo pulgar por encima del pezón y los dedos índices y corazón por debajo, pero a unos 3-4 cm del pezón, más bien cerca del borde de la aréola con la mano en forma de "C". Las yemas de los dedos están a las 6 y a las 12, en línea con el pezón. Evite abarcar la mama con la mano.

1. Empuje hacia atrás, hacia la pared del pecho sin separar los dedos.
2. Apriete hacia delante los tres dedos al tiempo. Este movimiento comprime las reservas de leche (senos galactóforos) sin dañar a las glándulas.
3. Repita esto de forma rítmica hasta vaciar los senos.
4. Rote el pulgar y los otros dedos para drenar mejor otros senos galactóforos.

5. Dese un masaje suave en todo el pecho antes y durante la extracción de leche.

Hay que evitar:

6. Apretar demasiado.
7. Deslizar los dedos sobre la piel.
8. Tirar del pezón.

ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA

Se puede almacenar en envases de vidrio o de plástico, anotando la fecha. Si se extraen pocas cantidades, puede esperarse a completar 90-100-120 ml.

Conservación de la leche materna

Una vez extraída la leche materna, puede ser conservada para ser utilizada más adelante. La leche humana mantiene sus propiedades:

- 8 horas a temperatura ambiente.
- 48 horas en el refrigerador.
- 1 mes en congelador.
- 3-6 meses en congelador.

Cuando se vaya a dar al bebé, se puede descongelar en un recipiente con agua templada (sin ponerla al baño María ni meterla en el microondas).

Proceso de congelación de la leche materna

1. Lavarse las manos
2. Extracción de la leche materna hacia un termo o lonchera plástica.
3. Marcar el recipiente con fecha y hora.
4. Guardarlo en el congelador.
5. Se descongela a baño María.
6. Se alimenta al niño en pocillo o cuchara.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Beneficios para la salud del lactante

La leche materna es el alimento ideal para los recién nacidos y los lactantes, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano. Es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los lactantes de enfermedades frecuentes de la infancia como la diarrea y la neumonía, que son las dos causas principales de mortalidad en la niñez en todo el mundo. La leche materna es un producto asequible que puede conseguirse fácilmente, lo que ayuda a garantizar que el lactante tenga alimento suficiente.

La leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o a la niña el alimento que necesita para estar bien nutrido, la leche materna contiene los aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro.

Beneficios para la madre

La lactancia materna también es beneficiosa para las madres. La lactancia materna exclusiva funciona como un método natural (aunque no totalmente seguro) de control de la natalidad (98% de protección durante los primeros seis meses de vida). Reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario en el futuro, ayuda a las mujeres a recuperar más rápidamente su peso anterior al embarazo y reduce las tasas de obesidad.

Además, tiene efectos positivos en la salud de la madre, como una recuperación uterina más rápida después del parto, mejoras en la re-mineralización ósea y menores riesgos de mastitis, cáncer de seno y ovario. También, retrasa el inicio de la fertilidad, reduciendo los riesgos en la salud materna asociados a cortos intervalos entre nacimientos.

Las mujeres que amamantan a sus hijos tienen menos riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.

Beneficios para la Familia

Dar de mamar ayuda a que la familia sea más feliz y unida porque hay menos preocupaciones a que los niños o niñas se enfermen, al no comprar otras leches,

biberones, mamaderas y combustible el dinero de la familia se utiliza mejor, el marido aprecia la contribución que hace la mujer cuando amamanta a su hijo o hija.

Beneficios para el país

Las madres que amamantan contribuyen a que menos niños se enfermen y se mueran y a que haya menos gastos hospitalarios, a utilizar el recurso renovable más valioso, a que el país tenga niños y niñas más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos, a formar la inteligencia, productividad y el futuro del país, a que los familiares, la comunidad, los servicios de salud, los patronos y el gobierno se sientan obligados a apoyar y mantener la lactancia materna.

TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO

Buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar lo que se logra si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño o niña.

Una técnica adecuada de amamantamiento considera:

- Correcta posición de la madre y del niño.
- Correcta ubicación del niño con respecto al cuerpo de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según demanda del niño o niña.
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche.
- Sentarse cómoda con la espalda apoyada, colocando los pies en un pequeño piso.
- Si el niño es demasiado pequeño es útil usar una almohada o cojín para acomodarlo a la altura del pecho.
- Sostener al niño recostado sobre el brazo de la madre, con el cuerpo enfrentándolo, abdomen con abdomen, la cabeza sobre el pliegue del codo de la madre.
- Puede ayudarse con un cojín sobre la falda para sostener al niño y el brazo.

POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO:

- Posición Tradicional, niño acostado de lado
- Posición de Canasto o de Pelota
- Posición Reversa
- Caballito

TEORÍAS DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA DE HENDERSON

En 1966, la definición de Virginia Henderson de la función específica de la enfermería supuso un punto de partida decisivo para el nacimiento de la enfermería como disciplina diferenciada de la medicina. Al igual que Nightingale, Henderson veía a los profesionales de enfermería relacionándose tanto con personas sanas como enfermas, reconoció que las enfermeras interactúan con los pacientes incluso cuando no existen posibilidades de curación, y mencionó las funciones de enseñanza y de defensa como roles del profesional de enfermería.

Henderson (1966) conceptualizó el papel de la enfermería como de ayuda de personas enfermas o sanas para alcanzar independencia a la hora de cubrir 14 necesidades fundamentales:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura corporal adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y aseado para proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a otros.

10. Comunicarse con otras personas para expresar sentimientos, necesidades, miedos u opiniones.
11. Practicar el culto de su propia fe.
12. Trabajar de modo que uno se sienta realizado.
13. Jugar o participar en actividades de ocio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que impulsa al desarrollo normal y a la salud, así como a utilizar los recursos sanitarios disponibles.

TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA DE OREM

La teoría de Dorothea Orem, publicada por primera vez en 1971, incluye tres conceptos relacionados: autocuidados, déficit de autocuidados y sistemas de enfermería. La teoría del autocuidado se basa en cuatro conceptos: autocuidados, gestión de autocuidados, requisitos del autocuidado y demanda terapéutica de autocuidados. El autocuidado se refiere a aquellas actividades que una persona realiza de manera independiente a lo largo de su vida para promocionar y mantener el bienestar personal. La gestión de autocuidados es la capacidad individual para realizar actividades de autocuidados e implica a dos gestores: un gestor de autocuidados (una persona que realiza el autocuidado con independencia) y el gestor de cuidados dependientes (una persona diferente al individuo que proporciona los cuidados). La mayoría de los adultos se cuidan a sí mismos, mientras que los niños y las personas debilitadas por una enfermedad o incapacidad requieren asistencia para sus actividades de autocuidado.

MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY

La Hermana (Roy, 1997) define la adaptación como “el proceso y resultado mediante el cual la persona que piensa y siente utiliza la conciencia y la elección para crear una integración humana y del entorno”.

El trabajo de Roy se centra en la complejidad creciente de la autoorganización de la persona y el entorno, y en las relaciones entre personas, universo, y lo que se puede considerar un ser supremo, o Dios. Sus suposiciones filosóficas se han refinado utilizando características más importantes de “espiritualidad creadora”, un

punto de vista en el que “las personas y la tierra son una y que están dentro de Dios y son de Dios” (Roy, 1997).

Roy se centra en los individuos como un sistema adaptativo biopsicosocial que emplea un ciclo de retroalimentación de entrada (estímulos), de paso (procesos de control), y de salida (respuestas de comportamiento o adaptativas). Tanto la persona como el entorno son fuentes de estímulos que requieren modificaciones para fomentar la adaptación, una respuesta voluntaria constante. Las respuestas adaptativas contribuyen a la salud, que ella define como el proceso de estar y de llegar a estar integrado; las respuestas ineficaces o de inadaptación no contribuyen a la salud. El nivel de adaptación de cada persona es único y se encuentra en constante evolución.

LACTANCIA MATERNA EN LA LEGISLACIÓN ARGENTINA

Entre las políticas públicas que rigen en Argentina en favor de la maternidad vulnerable podemos mencionar las normas que fomentan la lactancia materna.

Podemos remontarnos a 1973 y citar la ley 20.445 (B.O. 11/6/1973) que se refiere a un “programa destinado a la protección de la salud de la madre y del niño, con el propósito de asegurar un adulto en perfectas condiciones de salud” y que comprende dos subprogramas: “I – Asistencia alimentaria destinada a prevenir y tratar la desnutrición infantil y materna con la entrega de leche en polvo al 70% de los menores de cinco (5) años de los grupos más expuestos. II – Atención médica. Comprenderá el control de la salud ejercida sobre el niño en forma precoz; vacunaciones a fin de obtener inmunizaciones de enfermedades evitables, atención médica permanente y recuperación del niño desnutrido” (art. 1).

La ley 25.459 (B.O. 12/9/2001) establece que la leche entera en polvo, distribuida a niños y mujeres embarazadas en el marco de los programas implementados por el Gobierno nacional, deberá estar fortificada con minerales y vitaminas, a saber: “a) Hierro (como sulfato ferroso) 12 mg; b) Zinc (como acetato o sulfato) 06 mg; c) Ácido Ascórbico 100 mg” (art. 1).

Por su parte, la ley 26873 (B.O. 7/8/2013) se refiere a la lactancia materna y comprende las siguientes acciones:

- a) Promoción de lactancia materna exclusiva y prácticas óptimas de alimentación en niños de hasta los seis (6) meses de edad;
- b) Promoción de lactancia materna continuada y alimentación complementaria oportuna para niños de hasta dos (2) años de vida;
- c) Difusión y accesibilidad a la información a los efectos de la concientización pública, en especial de las mujeres embarazadas;
- d) Promoción y apoyo a la creación de centros de lactancia materna y bancos de leche materna” (art. 2).

Los objetivos de la ley 26873 son:

- a) Propiciar la práctica de la lactancia materna conforme lo establecido en la presente ley;
- b) Promover acciones y formular recomendaciones en los subsectores público estatal, privado y de la seguridad social, respecto a las condiciones adecuadas de la lactancia materna e incentivar, en su caso, su incorporación;
- c) Informar sobre la importancia del adecuado estado nutricional de las mujeres en edad fértil y en especial desde el embarazo, y promover su apoyo nutricional hasta los veinticuatro (24) meses de vida de sus hijos;
- d) Difundir la importancia de los beneficios de la lactancia materna por medio de campañas y por todos los medios que arbitre la autoridad de aplicación;
- e) Concientizar y capacitar a la población en general, a los agentes de salud, a los promotores sociales y a los padres en particular, acerca de los beneficios y ventajas de la lactancia materna y de la correcta utilización de alimentos sucedáneos y complementarios;
- f) Promover la capacitación de los equipos de salud a fin de que se recomiende la lactancia materna conforme los alcances de la presente ley;

- g) Desarrollar proyectos de investigación que impulsen prácticas de nutrición seguras para madres embarazadas y en lactancia y para niños de hasta dos (2) años de edad;
- h) Divulgar investigaciones y estudios interdisciplinarios sobre alimentación infantil, lactancia materna y los factores socioculturales, legales y económicos que intervienen en ella;
- i) Promover la creación y desarrollo de centros de lactancia materna cuya función será recolectar, conservar y administrar leche de la madre al propio hijo;
- j) Promover la creación y desarrollo de bancos de leche materna cuya función será recolectar, procesar, conservar y distribuir la misma;
- k) Promover la provisión de leche materna a lactantes cuando circunstancias específicas así lo requieran;
- l) Fomentar la donación voluntaria y gratuita de leche materna para proveer a los bancos de leche materna existentes y a crearse;
- m) Promover la provisión de adecuados alimentos sucedáneos y complementarios de la leche materna a los niños lactantes de hasta dos (2) años de edad, conforme lo determine la reglamentación;
- n) Difundir el Código Internacional de Sucédáneos de la Leche Materna, conforme lo establecido por el Código Alimentario Argentino, ley 18.284 y sus normas complementarias;
- o) Promover la adhesión de los hospitales y centros de atención primaria de salud a los programas “Hospital Amigo de la Madre y el Niño” propuesto por la Organización Mundial de la Salud —OMS— y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia —UNICEF—, a la “Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y del Niño” creado por el Ministerio de Salud de la Nación y a los que se establezcan a partir de la sanción de la presente ley;
- p) Relevar y actualizar los indicadores, las estadísticas oficiales y los estudios epidemiológicos relacionados con la presente ley;

q) Suscribir convenios de gestión con las distintas jurisdicciones a fin de fijar procedimientos, estrategias y metas para cumplir los objetivos en el marco de la presente ley;

r) Coordinar las acciones necesarias con representantes de instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales, laboratorios, empresas vinculadas a la alimentación de lactantes y de asociaciones de profesionales de la salud, a fin de promover las condiciones adecuadas para el cumplimiento de los objetivos de la presente ley;

s) Promover la normativa necesaria para la protección de la madre trabajadora en período de lactancia;

t) Promover el establecimiento de lactarios en los lugares de trabajo;

u) Promover la legislación necesaria sobre la creación, funcionamiento, control y estándares de calidad de los bancos de leche materna”.

El tema aparece también en el Plan Nacional de Primera Infancia aprobado por Decreto 574/16 que busca garantizar el desarrollo integral de niños y niñas de 45 días a 4 años de edad inclusive, en situación de vulnerabilidad social. En ese plan se incluye como objetivo que se garantice una adecuada y saludable nutrición.

En 2018, la Jefatura de Gabinete dictó la decisión Administrativa 1396/2018 que centraliza la gestión para la provisión de leche en polvo fortificada para embarazadas y niños. En los considerandos, se reconoce que “la Lactancia Materna y la Alimentación Complementaria Oportuna han sido identificadas por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD como dos de las tres intervenciones más eficaces para prevenir la mortalidad infantil”. También recuerda que “por Resolución del entonces MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE N° 12/06 se aprobaron las Guías para la Alimentación Infantil, las que promueven la alimentación de los bebés sólo con leche materna durante los primeros SEIS (6) meses de vida, y sugieren continuar con el amamantamiento hasta por lo menos los DOS (2) primeros años de vida, por proveer los elementos necesarios para un crecimiento y desarrollo saludable”.

Metodología

El diseño de la investigación tuvo un enfoque cuali-cuantitativo, en el que se trabajó directamente con las variables conocimiento, madres adolescentes, madres jóvenes y lactancia exclusiva, de acuerdo con el propósito es aplicada realizándose dentro de la misma la intervención necesaria, oportuna y eficaz para la solución de problemas actuales.

Es un tipo de estudio descriptivo retrospectivo aleatorio ya que nos permitirá obtener información de los textos utilizados y de los campos en razón al problema, los objetivos, los instrumentos de la investigación, la recolección de datos, hasta el análisis o interpretación de los mismos.

Población:

Fueron todas aquellas adolescentes y jóvenes entre 15 a 21 años embarazadas, que asistieron a la consulta prenatal del Centro de Salud de Km26, en el periodo de enero a abril del 2021.

Muestra:

50 adolescentes y jóvenes entre 15 a 21 años embarazadas, que asistieron a la consulta prenatal del Centro de Salud de Km26, en el periodo de enero a abril del 2021.

Unidad de Análisis:

Cada una de las adolescentes y jóvenes entre 15 a 21 años embarazadas, que asistieron a la consulta prenatal del Centro de Salud de Km26, en el periodo de enero a abril del 2021.

Nuestro instrumento de recolección de datos fue una encuesta realizada por nosotros, que presentó preguntas abiertas y cerradas.

Para la correcta tabulación e interpretación de los resultados se manejo el proceso de la siguiente manera:

- Recolección y clasificación de la información obtenida
- Ingreso de datos a la hoja de cálculo
- Obtención del porcentaje de los resultados de las preguntas realizadas
- Creación de gráficos de los resultados que faciliten la interpretación de resultados
- Análisis de los resultados obtenidos durante todo el proceso de la investigación

Análisis de Contexto

El trabajo se concretó en el Centro de Salud perteneciente al barrio de Km 26,700 del Partido de Florencio Varela, situado a 25 km. de la Ciudad de Buenos Aires, fue creado en el año 1891. Cuenta con una superficie de 190 Km², y limita con 6 distritos: Quilmes, Berazategui, Almirante Brown, Presidente Perón, San Vicente y La Plata.

Florencio Varela pertenece a la Región Sanitaria VI, la cual integra a dos municipios del primer cordón del conurbano bonaerense de la zona sur que limitan con la Capital Federal Avellaneda y Lanús, y a siete del segundo cordón del conurbano: Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lomas de Zamora y Quilmes.

Cuenta con un sistema de salud pública, donde encontramos dos hospitales interzonales, un UPA (Unidad de Pronta Atención) 43 Centros de Atención Primaria que se dividen en 34 Centros de Salud y 9 CICs donde también hay asistencia sanitaria.

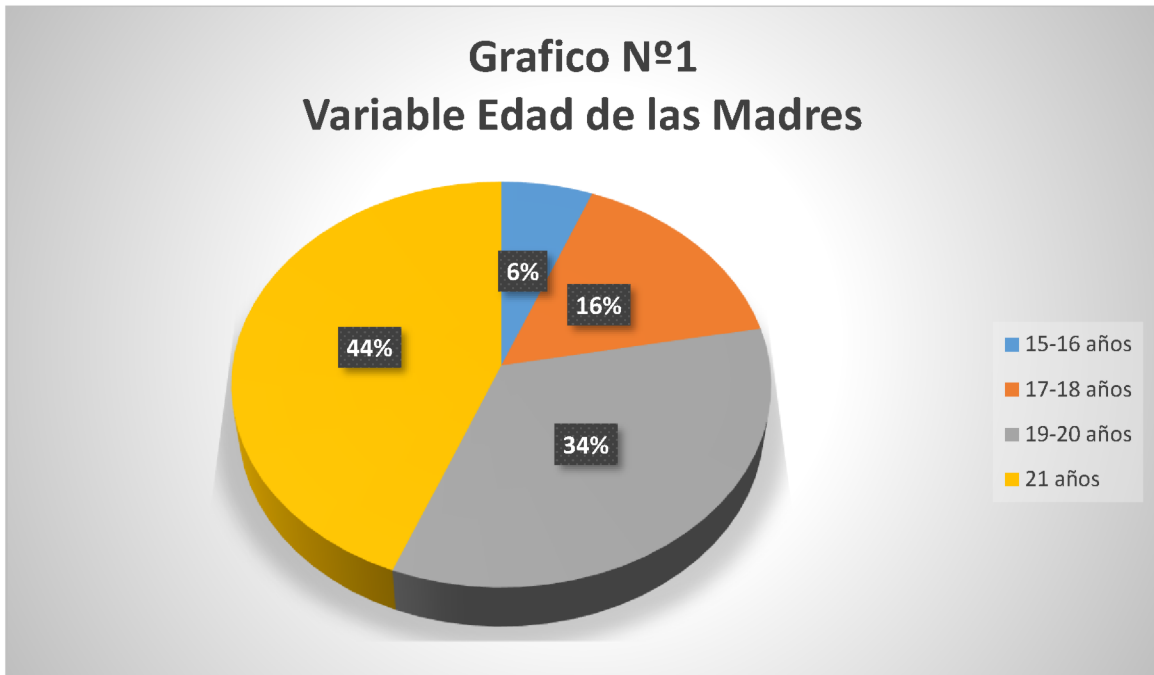
El barrio que se trabajó es el de Km 26,700, esta localidad se encuentra a 4km del centro de Florencio Varela, cuenta con la comisaría 2da de Florencio Varela, el UPA 11, dos escuelas públicas con primaria y secundaria, un jardín de infantes, una parroquia “San Cayetano”, dos clubes, una Sociedad de Fomento la cual da prestación de su espacio físico para el centro de jubilados del barrio,

actividades para chicos y un Jardín Maternal “Los Peques de Km” el cual es un espacio de primera infancia que depende de la SENNAF (Ministerio de Desarrollo Social), una Plaza General Manuel Belgrano, y la estación de tren Dante Ardigó ramal Roca; así como también la entrada del servicio de colectivos empresa San Juan Bautista de línea 383 los ramales 7 y 9, de la línea 511 San José y de la línea 513 Santa Inés.

El Centro de Salud Dr. Ernesto Scrocchi de Km 26,700 se encuentra en la calle Blandengues N°1403 entre El Zamba y EL Tobiano, cuenta con un equipo de salud médico clínico, pediatra, obstetra, odontólogo, psicólogo, enfermería, asistente social, y auxiliares, con un horario de atención de 7hs a 19hs. También cuenta con una base del SAME dentro del espacio físico del centro con un área de cobertura amplia.

Es un barrio humilde donde viven aproximadamente 800 familias en casas precarias y de material, que tienen agua corriente, electricidad, pozos de baños con trabajo municipal para cloacas; quienes pueden acceder económicamente tienen gas natural, cable, internet; con la mayoría de sus calles de tierra y las calles principales asfaltadas.

Resultados

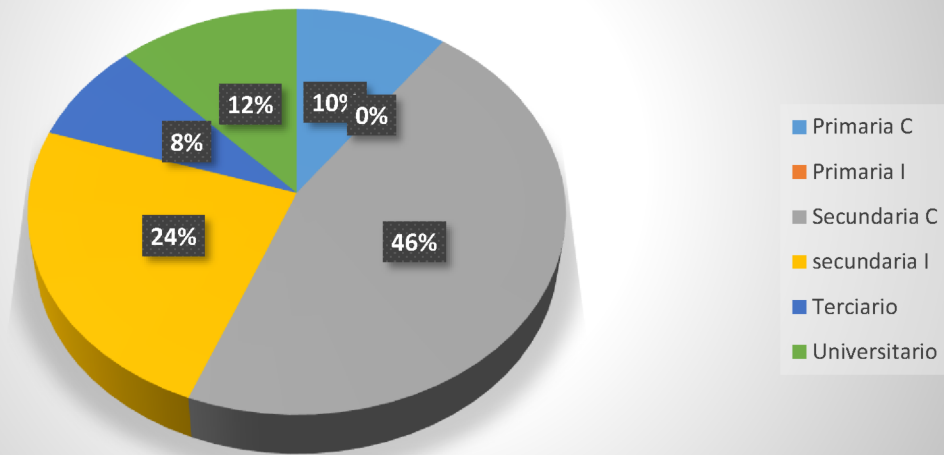


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°1 se ve representada la variable edad, el cual un 44% son mujeres de 21 años de edad, el otro 34% de mujeres de 19 a 20 años de edad; un 16% de mujeres de 17 a 18 años de edad; y por último un 6% de mujeres de 15 a 16 años de edad.

Análisis: Esto nos demuestra que el mayor porcentaje de embarazadas son los 21 años de edad y ya vienen con embarazos anteriores.

Gráfico N°2
Tipo de Escolaridad

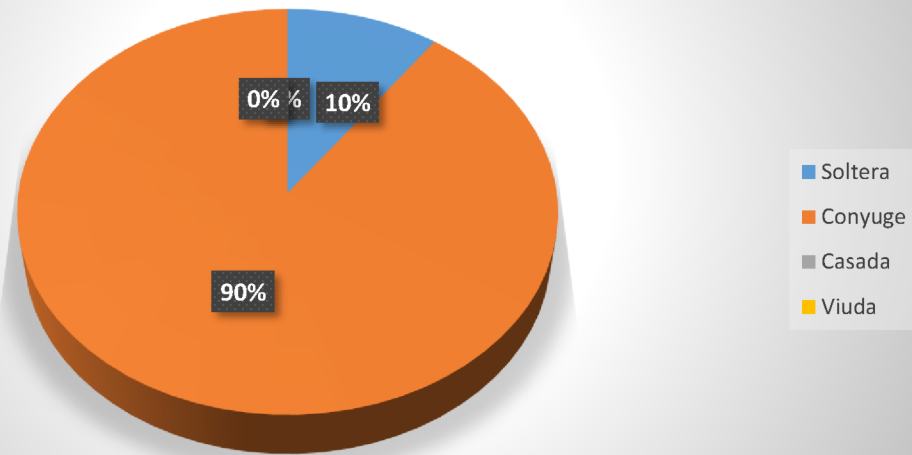


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°2 se ve representada la variable tipo de escolaridad el cual nos muestra que un 46% de las madres tiene la secundaria completa, el 24% de las madres la secundaria incompleta, el 12% de las madres universitario, el 10% la primaria completa y por último un 8% de las madres el terciario.

Análisis: Con respecto a la escolaridad encontramos que la mayoría tienen el secundario completo o sea son madres instruidas lo que nos permitirá decir que la educación e información sea más fácil.

Gráfico N°3
Variable Estado Civil

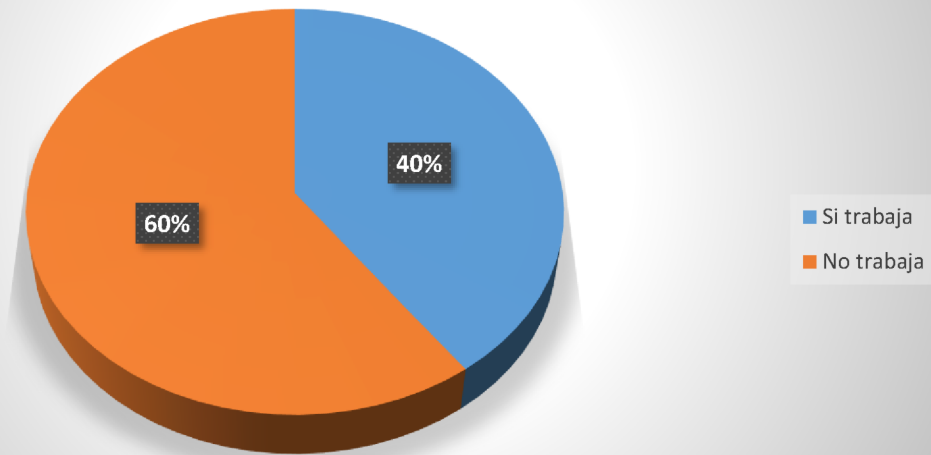


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°3 se ve representada la variable estado civil, con un 90% de mujeres en estado de concubinato, y un 10% de mujeres solteras.

Análisis: Vemos que un alto porcentaje tienen pareja estable, esto también permite una estabilidad emocional, seguridad y contención a la madre e hijos.

Gráfico N°4
Variable Trabajo

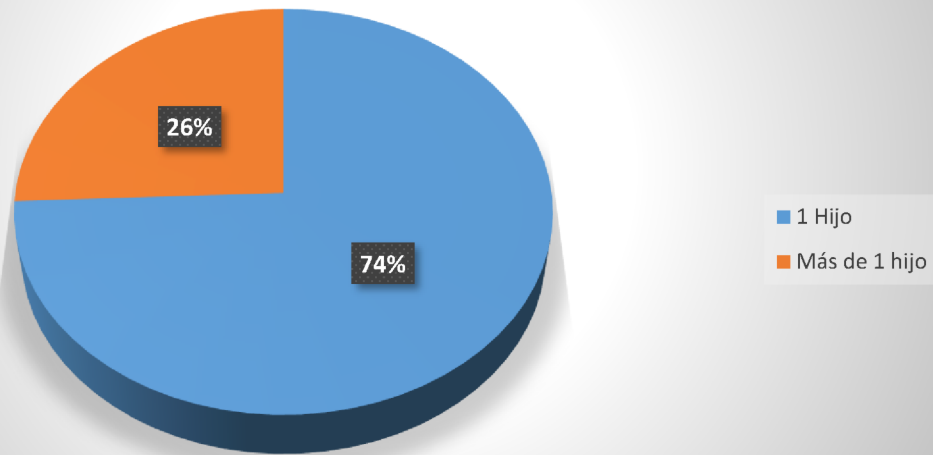


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°4 se ve representada la variable trabajo, la cual indica que el 60% se encuentran desocupados y un 40% presentan trabajo.

Análisis: el mayor porcentaje no tiene trabajo estable, vive de los planes sociales, changas y trabajo ocasional. Lo que nos permite observar la vulnerabilidad de esos niños.

**Gráfico N°5
Variable Hijos**

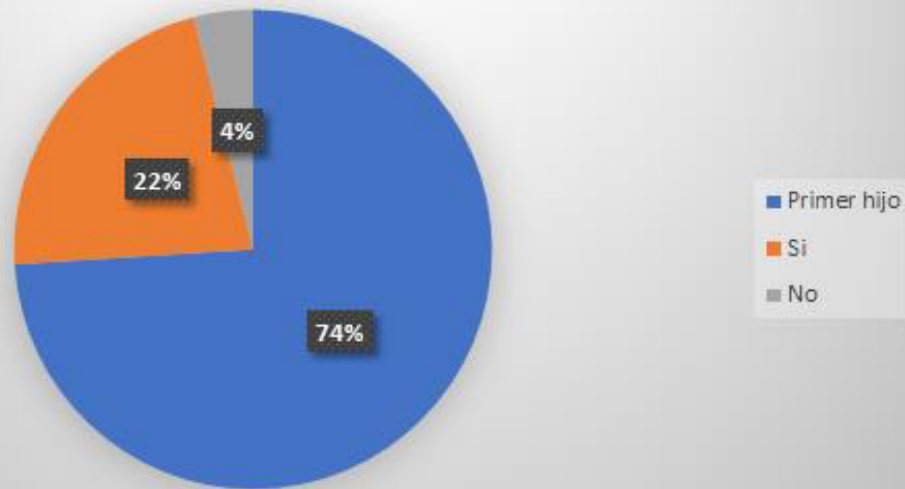


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°5 se ve representada la variable cantidad de hijos la cual refiere que el 74% tiene un hijo, y un 26% tiene más de un hijo.

Análisis: un alto porcentaje tiene más de un hijo, lo que nos indica que hay que hacer más atención comunitaria para ver las condiciones en que viven esas madres y su familia.

Grafico N°6
Variable Amamanto a su Hijo

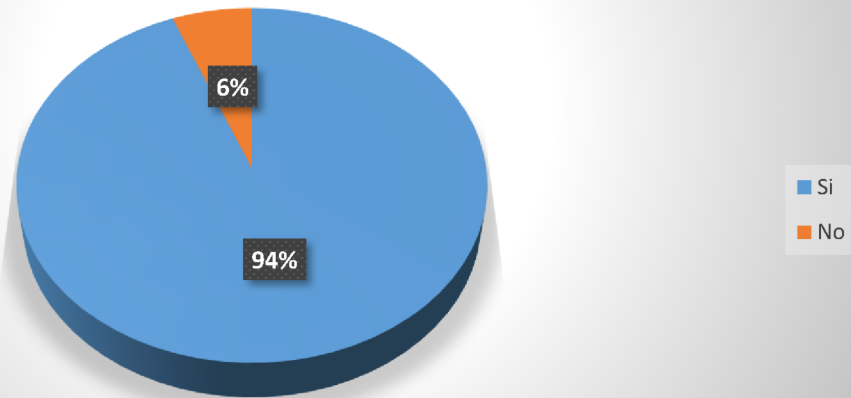


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°6 se ve representada la variable si anteriormente amamantó a su hijo, el cual nos indica que el 22% de las mujeres si amamantó a su hijo, un 74% es su primer hijo y un 4% no amamanto.

Análisis: con respecto a la importancia de la lactancia vemos que la mayoría tiene concientizado la importancia de la misma para el crecimiento, el valor afectivo y desarrollo de sus hijos.

Gráfico N°7
Variable Conocimiento Sobre Lactancia
Materna

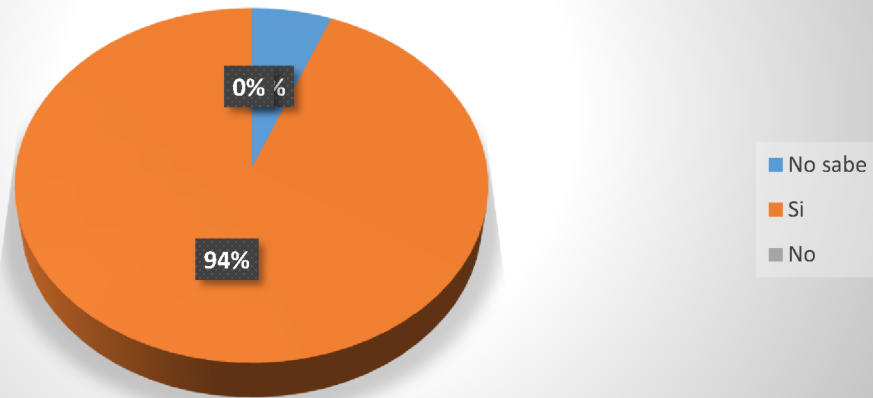


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°7 se ve representada la variable del conocimiento sobre lactancia materna exclusiva el cual indica que el 94% de las madres tienen conocimiento y un 6% no tiene conocimiento.

Análisis: La mayoría de las madres en estudio conoce los beneficios de la lactancia materna para sus niños, esto nos permitió llevar a cabo nuestro trabajo y afianzar algunas dudas e inquietudes de las mismas.

Gráfico N°8
Variable Conocimiento de Lactancia en Familia

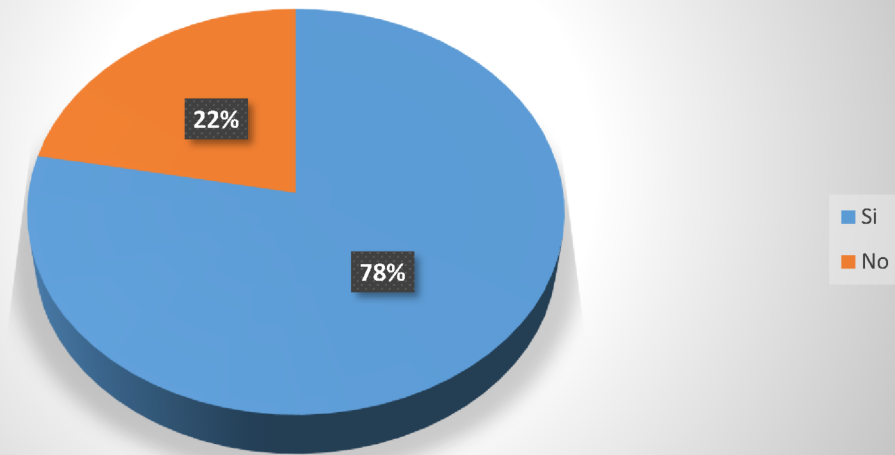


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°8 se ve representada la variable sobre conocimiento de lactancia en la familia el cual indica que un 94% si tiene conocimiento en la familia y el otro 6% no tiene conocimiento alguno sobre la lactancia.

Análisis: La mayoría lo trae incorporado como bagaje cultural sobre el amamantamiento, porque sus madres y abuelas lo han hecho y comprobaron que la lactancia materna es lo mejor para la alimentación de los bebés.

Gráfico N°9
Variable Beneficios

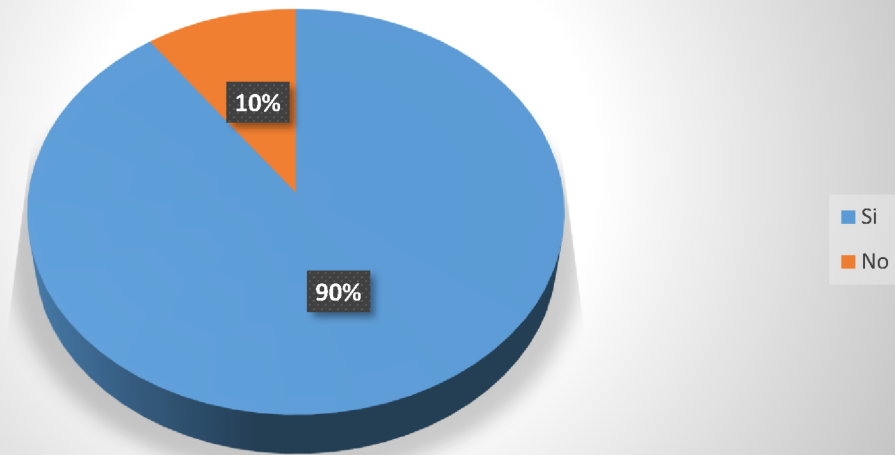


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°9 se ve reflejado la variable sobre el conocimiento de los beneficios de la lactancia, el cual indica que el 78% si tiene conocimiento y un 22% de las madres no.

Análisis: con respecto a los beneficios la mayoría coincide que los niños se enferman menos porque ellas a través de la lactancia materna aportan las defensas y afianzan el sistema inmunitario del niño.

Gráfico N°10
Variable Técnica Para Lactar

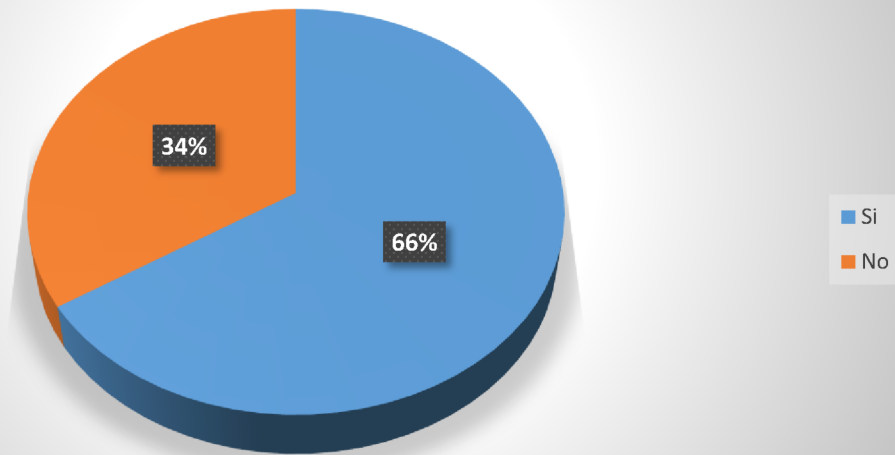


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°10 se ve representada la variable del conocimiento sobre la técnica de lactar, el cual reflejó que un 90% de las madres si conocen la técnica y un 10% no.

Análisis: como se ve en el gráfico la mayoría tiene conocimiento de las diferentes técnicas para amamantar y también explican cuál de esas es la más cómoda para ellas, adaptándose a las diferentes situaciones para poder amamantar.

Gráfico N°11
Variable Duracion de Lactancia

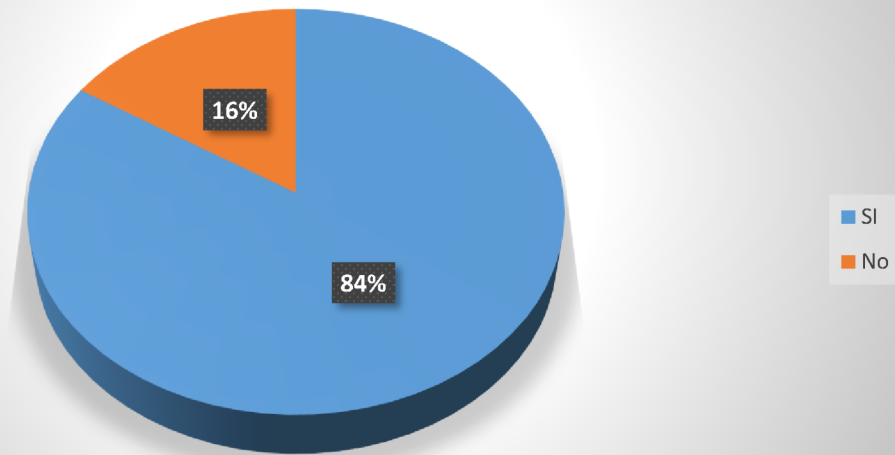


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°11 se ve representada la variable sobre duración de lactancia, el cual indicó que un 66% de las madres corresponde a una duración correspondiente de lactancia mientras que el 34% no.

Análisis: La mayoría amamanta a su hijo hasta los 2 años o cuando se embaraza de vuelta hay una variabilidad importante en cuanto al tiempo de amamantar; porque no hay una edad definida. Si bien nosotras sabemos que lo importante es dar la teta hasta el año, se respeta la decisión de cada madre.

Gráfico N°12
Variable Cuidado de las Mamas

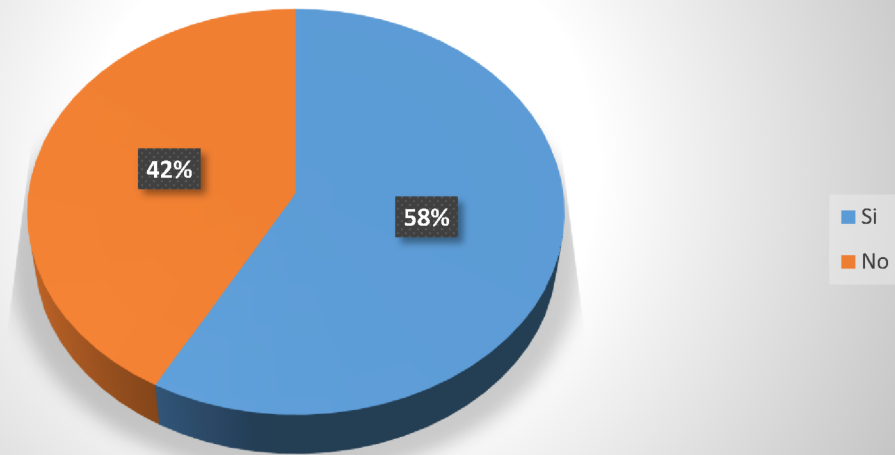


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°12 se ve representada la variable sobre los cuidados de las mamas, el cual indicó que un 84% de las madres saben sobre los cuidados y un 16% no.

Análisis: Es importante saber que la mayoría de las madres sabe cómo cuidar los pezones antes, durante y después de amamantar, la higiene personal y como hacer el destete de sus hijos.

Gráfico N°13
Variable Conocimiento de Mastitis

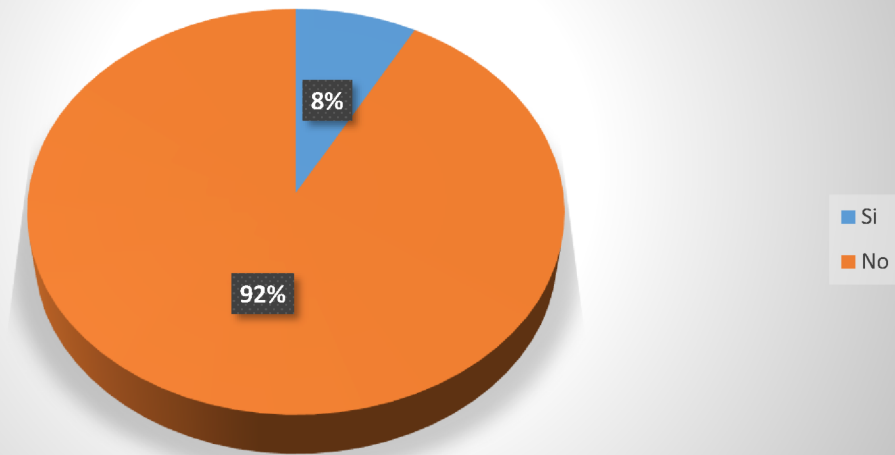


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°13 se ve representada la variable sobre conocimiento de mastitis, el cual reflejó que un 58% de las madres conocen y un 42% no.

Análisis: si bien la mayoría sabe lo que es una mastitis, tenemos un gran porcentaje que no. En este caso vemos la necesidad de actuar e informar a las mamás que no saben de informarlas y ayudarlas ante una eventual complicación.

Gráfico N°14
Variable Suspensión de Lactar

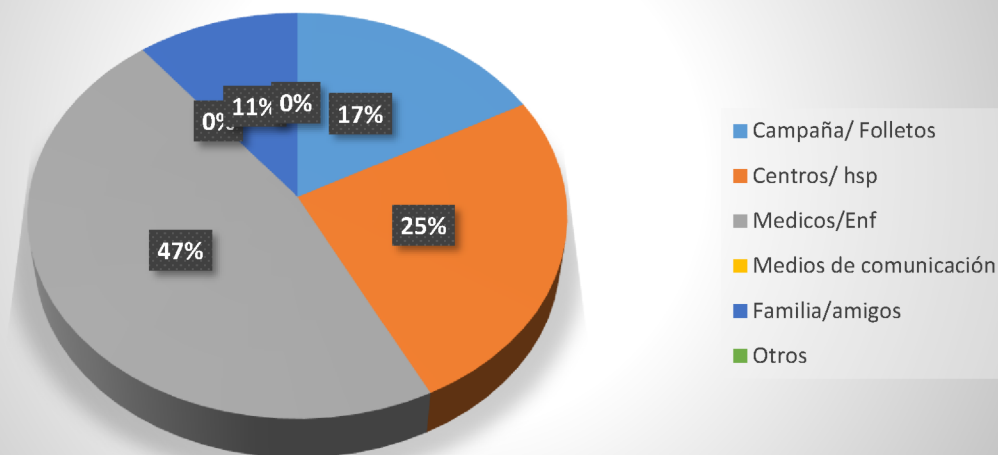


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°14 se ve representada la variable del conocimiento para suspender el pecho al recién nacido, el cual indicó que un 92% de las madres no reconoce cuando se debe o no suspender el pecho y un 8% si lo reconoce.

Análisis: podemos observar que la mayoría de las madres no tienen conocimiento de cuándo hay que suspender la lactancia en posibles enfermedades infecciosas.

Gráfico N°15
Variable Conocimiento Adquirido

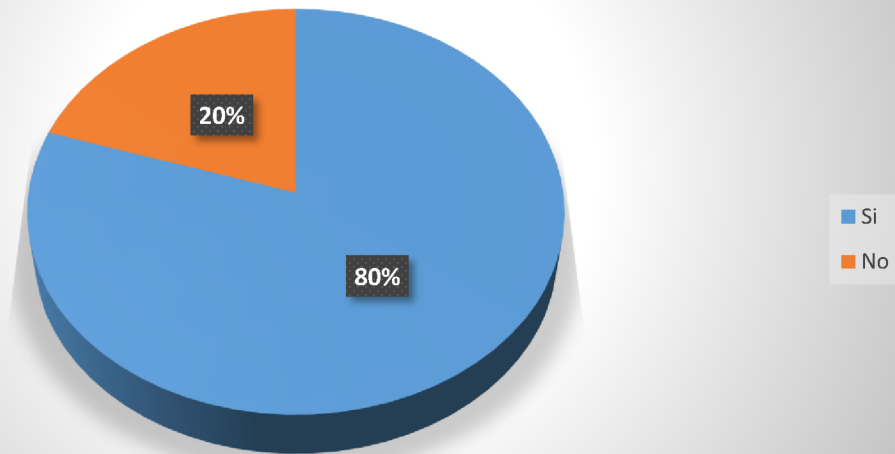


Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°15 se ve representada la variable sobre donde obtuvieron el conocimiento de lactancia, el cual reflejó que el 47% obtuvo el conocimiento de profesionales de la salud; un 26% en centros de salud u hospital; el 17% de campañas, charlas y folletos, y el otro 11% de familiares y/o amigos.

Análisis: es importante en este caso el papel del personal de salud ya que la mayoría obtuvo información de los mismos, si bien también recibieron información de otros medios.

Gráfico N°16
Variable Lactancia Materna Exclusiva



Fuente elaboración propia.

En el gráfico N°16 se ve representada la variable si piensa darle lactancia materna exclusiva a su hijo, el cual reflejó que un 80% si piensa darle y el 20% no.

Análisis: la mayoría de nuestras madres apostaron por la lactancia exclusiva, lo que permite también reafirmar nuestro objetivo, que lo mejor para nuestro hijo es la lactancia exclusiva.

Conclusión

En referencia a la tabulación de los datos obtenidos y al procesamiento de los mismos, hemos analizado y llegado a la conclusión de que la mayoría de madres adolescentes provienen de hogares disfuncionales. Citando de esta forma a Piaget donde indica que el medio con que se relacionan influye en el aprendizaje de los adolescentes.

El conocimiento que tienen sobre Lactancia Materna es básico, y escaso en la minoría de adolescentes primerizas en estudio; conocimiento que ha sido adquirido generalmente de manera informal como lo es en los centros de salud, la televisión, periódicos y familiares o amigos. De esta forma se considera que la Auto educación, así como la Auto realización son propósitos que podemos llegar a obtener con la predisposición del individuo sin perder el horizonte y que en este caso es lo que queremos como meta, a practicar una Lactancia Materna Exclusiva.

La mayoría de las madres adolescentes han adquirido el conocimiento básico sobre lactancia materna en los Centros Educativos que han frecuentado mientras que existe una minoría que ha adquirido tal conocimiento a través de familiares. Lo cual es otro factor extrínseco que influye en la Lactancia Materna Exclusiva lo que resulta como un conocimiento informal adquirido, el cual se puede mejorar y disminuir esta estadística alarmante para nuestra sociedad.

Recomendaciones

Las recomendaciones con las que podemos aportar básicamente están enfocadas en la atención que debe prestarse a los hogares, monitoreando que tantos hogares funcionales y disfuncionales existen alrededor de esta unidad de Salud, siendo este el mayor precedente que podemos citar.

En segunda instancia recomendamos programas educativos que incrementen el conocimiento actual de futuras madres y de sus familiares como punto de apoyo, ya que son ellos con los que interactúan diariamente.

Realizar un tipo de investigación que permita conocer los factores que predominan en la falta de motivación en el grupo etéreo de adolescentes y jóvenes, para llevar

a cabo conductas de salud que ayuden a prevenir este tipo de problemáticas que se viven en la actualidad como lo es la falta de una Lactancia Materna Exclusiva. Citamos también a los centros educativos de secundaria para realizar un periodo de evaluación profundo sobre los temas a tratar y en caso especial sobre la lactancia materna en madres adolescentes que han sido nuestro sujeto de estudio y así crear la base estadística minoritaria que nos sirva como punto de referencia para intervenir.

En tercera y última instancia se recomienda llegar con esta información a los lugares más recónditos de la sociedad ya que esta información no solo sirve para incrementar el conocimiento en madres adolescentes y jóvenes de este sector sino también en las madres que practican la Lactancia con niños menores de un año en toda la sociedad.

Bibliografía

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Madrid (2004), Lactancia Materna: Guía para el Profesional. https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
2. Consejería en Lactancia Materna (2012), 2ª Edición, Curso de Capacitación. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000189cnt-a02.consejeria-en-lactancia.pdf>
3. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (2015), Situación de la Lactancia Materna en la Argentina. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001135cnt-lactancia-materna-argentina-2015.pdf>
4. Dra. María Luisa Ageitos, Comisión Asesora de Lactancia Materna de UNICEF Argentina (2012), 4ª Edición, Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento143.pdf>
5. Dra. María Luisa Ageitos, Comisión Asesora de Lactancia Materna de UNICEF Argentina (2013), Lactancia, Promoción y Apoyo en un Hospital Amigos de la Madre y el Niño, Maternidad Segura y Centrada en la Familia. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001254cnt-lactancia-promocion-apoyo-hamyn.pdf>
6. Dr. Persano Humberto, Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires (2017), Apego y Lactancia. <http://old.fmed.uba.ar/escuelanutricion/revistani/pdf/17b/rb/784c.pdf>
7. Evaristo Baizan, Centro Regional de Información y Documentación (2012), Cómo Elaborar Un Proyecto. [file:///C:/Users/PC1/Downloads/LS1%202017%20-%20Clase%2014%20-%20LECTURA%20-%20C3%B3mo%20escribir%20un%20proyecto%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/PC1/Downloads/LS1%202017%20-%20Clase%2014%20-%20LECTURA%20-%20C3%B3mo%20escribir%20un%20proyecto%20(2).pdf)
8. Implementación de Lactario en las Instituciones Del Sector Publico. (2008) <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley2958.html>
9. Ley 26.873, Decreto 22/2015. Ministerio de Justicia y Derecho Humano. Presidencia de la Nación.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/240000-244999/240799/norma.htm>

10. Ley 26.873, Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública. (2013) Ministerio de Justicia y Derecho Humano. Presidencia de la Nación. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/218212/norma.htm>
11. Liga de Leche Argentina (2015), Investigación de Mitos y Creencias acerca de la Lactancia en la Argentina. https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/Lactancia/Cilley_Encuesta_opinion_publica.pdf
12. Maternidad Vulnerable (2019), Lactancia Materna en la Legislación Argentina. <https://maternidadvulnerable.com.ar/2019/03/19/la-lactancia-materna-en-la-legislacion-argentina/>
13. Ministerio de Salud Argentina Lactancia Materna. http://www.msal.gob.ar/index.php?filter_problematika=53&filter_soporte=10&palabra_clave=&option=com_ryc_contenidos
14. Ministerio de Salud, Presidencia de la Salud. Marco Legal de la Protección de la Lactancia. <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/lactancia/noti5.php>
15. Roberto A. Day, Organización Panamericana de la Salud (2005), 3ª Edición, Como Escribir y Publicar Trabajos Científicos. [file:///C:/Users/PC1/Downloads/LS1%202017%20-%20Clase%2014%20-%20LECTURA%20-%20Como%20escribir%20y%20publicar%20trabajos%20cient%C3%ADficos%20-%20Robert%20Day%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/PC1/Downloads/LS1%202017%20-%20Clase%2014%20-%20LECTURA%20-%20Como%20escribir%20y%20publicar%20trabajos%20cient%C3%ADficos%20-%20Robert%20Day%20(3).pdf)
16. Sociedad Argentina de Pediatría (2001), Guía de Alimento Para Niños Sanos de 0 a 2 Años. https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf
17. UNICEF (2015), Mitos y Realidades de la Lactancia Materna. https://www.unicef.org/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf

ANEXO

Instrumento de recolección de datos

Encuesta sobre conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

La información obtenida será confidencial.

Marque con una cruz según corresponda

1. Edad:

2. Nivel educativo:

Primario Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
Secundario Completo	<input type="checkbox"/>	completo	<input type="checkbox"/>
Terc./universitario Completo...	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>

3. Estado Civil:

Soltera	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>
En pareja	<input type="checkbox"/>
Viuda	<input type="checkbox"/>

4. Nacionalidad.....

5. ¿Usted trabaja? Sí No

Si la respuesta es afirmativa:

Fuera del hogar Dentro del hogar

6. Hijos Sí No

6.1 Si ya tiene hijos ¿Los ha amamantado?
 Sí No

7. ¿Usted sabe que es la Lactancia Materna Exclusiva?

Sí No

8. ¿Sabe si su madre le dio de mamar?

Sí No No Sabe

9. ¿Conoce los beneficios de la Lactancia para usted y su hijo?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa:

9.1 ¿Podría mencionar los beneficios?

.....
.....
.....
.....
.....

10. ¿Conoce las técnicas adecuadas para amamantar?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa:

10.1 ¿Cuáles conoce?

.....
.....
.....
.....
.....

11 ¿Conoce durante cuánto tiempo debe llevarse a cabo la lactancia materna exclusiva?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa:

11.1 ¿Cuánto tiempo?

.....
.....

12. ¿Conoce cómo deben cuidarse las mamas durante la lactancia?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa:

12.1 ¿Cómo deben cuidarse?

.....
.....
.....

13. ¿Conoce en qué situaciones debe suspenderse la lactancia?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa:

13.1 ¿En qué situaciones debe suspenderse frente a enfermedades infecciosas?

Sí No

¿Cuáles?.....

.....
.....

14. ¿Sabe que métodos anticonceptivos utilizar durante el amamantamiento?

Sí No

15. ¿Por qué medios recibió información sobre la lactancia materna?

Campañas Folletos Charlas Centros de id Hospitales
Médico Enfermeros

Medios de Comunicaciones Familiares Amigos
Otros.... Ninguno

16. ¿Piensa darle lactancia materna exclusiva a su hijo?

Sí No

FORMATO DE TABULACIÓN DE DATOS

Indicadores	Total	
Edad de las madres	15-16 años	3
	17-18 años	8
	19-20 años	17
	21 años	22
Tipo de escolaridad	Primaria C.	5
	Primaria I.	-
	Secundaria C.	23
	Secundaria I.	12
	Terciario	4
	Universitario	6
Estado civil	Sotera	5
	Cónyuge	45
	Casada	-
	Viuda	-
Trabaja	Si	20
	No	30
Hijos	1	37
	Más de 1	13

Amamantó anteriormente	Madre primeriza	37
	Si	11
	No	2
Conocimiento	Si	47
	No	3
Amamantaban en la familia	No sabe	3
	Si	47
	No	-
Beneficios	Si	39
	No	11
Técnica de Lactar	Si	45
	No	5
Duración de lactancia	Si	33
	No	17
Cuidados de las mamas	Si	42
	No	8
Conocimiento de mastitis	Si	29

Suspensión de lactar	No	21
	Si	4
Conocimiento adquirido	No	46
	Campaña/Folletos/Charlas	8
	Centro de salud/Hospital	12
	Médicos/Enfermeros	22
	Medio de Comunicación	-
	Familia/Amigos	5
	Otros	-
Piensa darle lactancia materna exclusiva a su hijo	Si	40
	No	10

Cronograma de actividades

Actividad	Año 2021				
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril/Mayo
Coordinación con la institución – Impresión de encuestas					
Recolección de datos					
Procesamiento y análisis de datos					
Redacción del informe final					