



11
20
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA**

**ESTIMULACION AFECTIVA EN LA RELACION
MADRE-HIJO EN EL PERIODO DE LACTANCIA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A N :
MIRIAM ARACELI AVILA REYES
MARISELA PEREZ VEGA**

LOS REYES IZTACALA

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO 1	DESARROLLO INTRAUTERINO.....	5
1.1	FECUNDACION.....	7
1.2	ALGUNAS IMPLICACIONES EN EL DESARROLLO DEL FETO.....	8
	A) Alimentación de la madre.....	8
	B) Estado emocional de la madre.....	12
	C) Relación afectiva madre- hijo.....	16
	D) Embarazo no deseado.....	17
CAPITULO 2	LACTANCIA.....	20
2.1	PREPARACION FISICA-PSICOLOGICA PARA EL FUTURO AMAMANTAMIENTO DE MUJERES EMBARAZADAS.....	21
2.2	ASPECTOS BIOQUIMICOS, INMUNO- LOGICOS, ECONOMICOS Y SOCIALES DE LA LACTANCIA.....	25
	- Aspectos bioquímicos	
	- Aspectos inmunológicos	
	- Aspectos económicos	
	- Aspectos psicológicos	
2.3	INICIO DE LA ABLACTACION.....	35
2.4	NUTRICION Y DESNUTRICION EN EDAD TEMPRANA: FISICO- PSICOLOGICOS.....	41
2.5	LACTANCIA COMO COMPLEMENTO A LA ESTIMULACION TEMPRANA.....	50

CAPITULO 3	TECNICAS UTILIZADAS EN PROGRAMAS DE LACTANCIA.....	58
3.1	PROGRAMAS PROPUESTOS POR UNICEF EN APOYO AL AMAMANTAMIENTO.....	59
3.2	DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL D. F.....	64
3.3	OTROS PROGRAMAS.....	70
CAPITULO 4	ESTUDIO PILOTO SOBRE LACTANCIA.....	72
4.1	ESTUDIO SOBRE LACTANCIA APLICADO A UN HOSPITAL MATERNO INTANTIL DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL.	72
CAPITULO 5	M E T O D O.....	80
	- Sujetos	
	- Materiales	
	- Diseño Experimental	
	- Situación Experimental	
	- Evaluación	
	- Procedimiento	
CAPITULO 6	R E S U L T A D O S.....	85
CAPITULO 7	CONCLUSIONES.....	97
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	105
	ANEXOS.....	110

INTRODUCCION

Lactacion es el acto de lactar, verbo que se refiere tanto a amamantar -criar con leche- como a alimentarse con leche. En otras palabras, en la lactación hay dos protagonistas, la madre y el hijo. Ambos "lactan" y de ambos se dice que son lactantes. El periodo de vida en que la madre y el hijo practican la lactación se conoce como lactancia (Bourgues 1990, en Cuadernos de Nutrición).

Durante el embarazo las mamas de la madre experimentan cambios que las preparan para suministrar leche a su hijo (Demarest, 1979).

La leche materna se considera el alimento ideal para el recién nacido, pues ninguna leche es capaz de reemplazar con ventajas a la leche materna porque además de contener todos los nutrientes que el lactante necesita es de fácil digestión y además cabe destacar la trascendencia en el desarrollo físico y emocional del niño (Pritchard, 1980).

Así entonces, la lactancia materna constituirá por su misma naturaleza una prolongación de la seguridad intrauterina durante el periodo de transición en el cual el niño va a adaptarse al medio ambiente.

Helene Deutsch (1971 en Atkin, 1988) considera que la lactancia materna reestablece la intimidad y cercanía, mientras que por otro lado, la separación paulatina que ocurre en el destete permite al bebé tener una experiencia de separación menos repentina y abrupta que la ocurrida en el nacimiento.

En varias ocasiones se ha señalado la importancia que tienen los primeros años de vida para el desarrollo ulterior del ser humano. Durante este periodo el

crecimiento físico incluida la mayor diferenciación del sistema nervioso central, posibilitan el aprendizaje de una manera más acelerada que en cualquier otra etapa de la vida de aquí que actualmente sea un hecho aceptado que los repertorios establecidos durante la primera infancia determinarán la adquisición de los repertorios de cada individuo.

Además de la lactancia materna, estudios más recientes han enfocado las investigaciones al aislamiento de variables importantes como lo son la calidad del medio ambiente físico, el tipo de interacción madre-hijo, estrato socioeconómico, roles familiares, aspectos transculturales y otros más de no menor importancia. Todos ellos con la finalidad de proporcionar mejores condiciones a los niños en sus primeros años de vida, bajo el rubro de estimulación temprana (Rodríguez y Vidales, 1987).

La definición de estimulación temprana ha tomado características diferentes, en años más recientes ha sido definida como "el conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico.

Uno de los medios que logra esta relación psicológica y apego afectivo de la madre con el hijo durante los primeros meses de vida es la lactancia cuya importancia, ha sido decisiva sobre todo en los últimos años dado los siguientes acontecimientos.

A partir de la Revolución Industrial, la mujer se empezó a integrar de manera formal al trabajo remunerado fuera del hogar. Este cambio que acarreó múltiples transformaciones económicas y sociales, propició también el abandono de la práctica de amamantamiento. Décadas más tarde, durante la primera mitad del siglo XX, en la mayoría de los países industrializados se

produjo un notable descenso en las tasas de mortalidad infantil, lo que fue erróneamente interpretado como una evidencia de que el mejor método para alimentar a los recién nacidos era el biberón. A tal grado se difundió esa creencia equivocada, que la industria comenzó a producir fórmulas sustitutas de la leche materna así como utensilios para prepararlas y administrarlas (biberones, chupones, esterilizadores, etcétera).

Todos estos productos adquirieron rápida popularidad y propiciaron un abandono aún más acentuado de la lactancia al seno materno. El fenómeno rebasó las fronteras de los países industrializados e hizo acto de presencia en las naciones en vías de desarrollo, con fatales consecuencias (Cerqueira, 1987).

Así también se ha observado que en los países en vías de desarrollo, como México, la tendencia al abandono de la lactancia materna se presenta con más frecuencia entre mujeres con mayores grados de escolaridad y urbanización. Por el contrario, en Estados Unidos, Suecia y otras naciones industrializadas, son precisamente las mujeres con nivel más alto de instrucción quienes están regresando a la práctica de amamantar.

La difusión de los beneficios que acarrea la alimentación por vía natural en los primeros meses de vida fue decisiva para el cambio.

De esta manera se ha mencionado el valor nutricional de la leche materna, y el efecto psicológico que tiene hacia el bebé la relación con su madre, pero . . . Qué significa el hecho de lactar para la madre?, Qué representa para ellas? . . .

Para responder a esta pregunta se realizó una encuesta a un grupo de 100 mujeres puerperas (50 primigestas y 50 multigestas) de escasos recursos económicos en el Hospital Materno Infantil Inguarán del Departa-

mento del Distrito Federal, a fin de conocer su opinión acerca de la alimentación al seno materno.

En esta investigación se encontraron datos muy importantes, observándose en esta muestra el desconocimiento acerca de la importancia de la lactancia.

A este tipo de niños desde que están en el vientre de su madre se les puede considerar como de alto riesgo ambiental tomando en cuenta las condiciones de vida de sus futuras madres, así como sus condiciones físicas, ya que en su mayoría presentan niveles grandes de desnutrición, son niños rechazados y aunado a esto el disgusto con que la madre le da de comer, qué podemos esperar para estos niños?, que desde el momento que son recién nacidos se les niega lo que necesitan.

Por tal motivo consideramos que es de vital importancia la leche materna ya que cubre dos aspectos muy importantes, la nutrición del bebé y fortalecer la relación afectiva madre-hijo.

Así es observable la necesidad de conocer y/o reflexionar sobre el valor de la mujer como madre, el valor nutricional, la importancia psicológica en el niño lactante durante esta etapa y sobre todo el papel indispensable que juega el psicólogo en este trabajo.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar durante el momento de la alimentación al seno materno, los efectos del curso "Estimulación afectiva en la relación madre-hijo durante el proceso de lactancia".

CAPITULO 1

1. DESARROLLO INTRAUTERINO

Desde el momento en que la célula ovular es fecundada y se convierte en germen de un nuevo ser humano, empieza a dividirse y a subdividirse, proliferando con tal rapidez que antes de un mes se habrá convertido en una colonia de millones de células que a través de todas estas fragmentaciones persiste como unidad que permite caracterizar en todo momento de su evolución al ser humano como individuo biológico.

El germen humano a partir de su fecundación hasta adquirir el carácter de embrión (a los diez días) a feto (a los dos meses) veremos que en él pueden detenerse dos tipos de reacciones: locales y globales. Las primeras tienen lugar cuando estimulamos una íntima porción de éste con excitantes de leve intensidad y de acción relativamente lenta, en tanto que las segundas se originan cuando le aplicamos estímulos externos intensos y bruscos. Tales reacciones globales que modifican el conjunto de su organismo y desequilibran totalmente su ritmo metabólico y existencial, han sido denominadas reacciones "de masa" y constituyen al adquirir un carácter unitario e intelectual, la base de las reacciones psíquicas, cuya aparición tendrá lugar de un modo incontrovertible hacia el sexto mes del desarrollo intrauterino, coincidiendo con la viabilidad del feto (Mira y López, 1979).

El comportamiento característico del feto está constituido por movimiento. Es común que las futuras madres comenten hacia las 16 semanas del embarazo que ya perciben los movimientos del pequeño ser que en ellas se desarrolla, sin embargo, los movimientos musculares del pequeño son ejecutados a partir de la octava semana, a partir de la 12a., semana sus movimientos pueden ser de patear, apretar los dedos, fruncir el ceño, o abrir y cerrar la boca. Hacia el octavo mes del embarazo ya puede alternar el sueño con la vigilia igual que lo hace el recién nacido y adopta una postura predilecta para dormir, aunque también tiene momentos donde llora, abre y cierra los ojos y mira arriba, abajo y de reojo.

El oído es el primer sentido que funciona en la etapa fetal. Cuando la madre comienza a percatarse de los movimientos del feto, también se da cuenta de que los ruidos muy fuertes lo sobresaltan y se ha demostrado que estos sonidos le provocan aceleración del latido cardíaco. Sin embargo, si este tipo de sonidos son repetidos frecuentemente el pequeño puede acostumbrarse, como si aprendiera a reconocerlos.

Algunos estudiosos afirman que el feto de seis meses puede reaccionar a la música en muy variadas formas; por ejemplo Vivaldi lo relaja, mientras que Beethoven y el rock lo hacen patear. Con esto se ve que el feto oye las más "tiernas melodías", así como el corazón materno y la voz de la madre, por lo cual la voz humana tiende así mismo a calmarlo notablemente.

1.1 F E C U N D A C I O N

Beck (1977) refiere que la fecundación es la unión del espermatozoide con el óvulo maduro; esta unión habitualmente tiene lugar en el tercio externo de la tuba uterina. Uno de los numerosos espermatozoides que habitualmente rodean al óvulo, pasa a través de la zona pelúcida y después de ello, esta última se hace impenetrable a otro espermatozoide, después de haber penetrado, la cola cesa de vibrar y finalmente desaparece, mientras que la cabeza y el cuello avanzan hacia el centro del huevo.

La cabeza aumenta de tamaño y se hace esférica para formar el pronúcleo masculino, mientras éste se aproxima al pronúcleo femenino, el cuello, que contiene al centrosoma, se divide y el par de centrosomas resultantes va a colocarse entre los dos pronúcleos, previamente a su unión, después de la cual se efectúa la primera partición nuclear. De este modo el óvulo, que contiene solamente la mitad del número original de cromosomas, recibe de la célula masculina, similarmente reducida, la misma cantidad de material nuclear.

Por su parte, Schwarcz (1977) afirma que durante el coito el esperma se deposita en el fondo del saco posterior de la vagina y sobre el cuello uterino; debido a la hostilidad del medio ácido vaginal los espermatozoides "huyen" hacia el cérvix donde encuentran un ambiente alcalino favorable para su vitalidad. Esta penetración es favorecida, al parecer, por una presión aspirativa que realiza el útero durante el orgasmo. Después de atravesar el moco cervical extensible y transparente en la época de la ovulación, reco-

Enren la cavidad uterina para alcanzar en pocas horas el pabellón de las tubas. Por otra parte el óvulo puesto en libertad penetra a través del ostium abdominal, la tuba, por mecanismos aún insuficientemente demostrados, en general la fecundación se lleva a cabo en el tercio externo del segmento tubario.

1.2 ALGUNAS IMPLICACIONES EN EL DESARROLLO DEL FETO

Desde el momento en que un niño es concebido, el ambiente en el que vive y todas las características genéticas que posee interactúan para producir un ser humano completo. En el que las capacidades con las cuales nace, puedan moldearse para convertirse en útiles herramientas o queden atrofiadas descuidadamente, dependeran sobre todo del medio y de la familia que lo rodean. No es mucho lo que puede hacerse con respecto a las características que el niño hereda o adquieren por nacimiento, sin embargo, la determinación de los actos humanos pueden influir poderosamente en la familia y el ambiente social en el cual se educa el niño (Haas 1978).

A) ALIMENTACION DE LA MADRE.

La vida empieza en el momento de la concepción nueve meses antes del nacimiento. Durante las primeras semanas de vida del nuevo organismo, el óvulo se multi-

plica rápidamente y pronto se convierte en un organismo multicelular; De la tercera a la novena semana el embrión desarrolla la mayoría de los órganos importantes del cuerpo (ojos, corazón, pulmones, sistema digestivos, órganos sexuales, brazos, rodillas, etcétera) debido a que en este periodo ocurren tantos acontecimientos importantes, cualquier enfermedad u otra influencia nociva en el embarazo, pueden perjudicar seriamente al niño.

A partir del cuarto mes progresan rápidamente en el feto, el desarrollo muscular y la madre puede sentir sus movimientos.

El ambiente prenatal puede alterar significativamente el desarrollo potencial del niño. Este niño en desarrollo depende de la madre para su nutrición (Haas 1978). Una madre mal alimentada antes y durante el embarazo, producirá serias deficiencias en su hijo, una enfermedad de la madre puede tener un efecto perjudicial en el organismo prenatal sobre todo en el primer trimestre de vida. Asimismo, el uso de medicamentos y sustancias como el alcohol y el tabaco pueden ejercer también un efecto perjudicial sobre el embrión.

En los vecindarios pobres una gran proporción de las mujeres, están crónicamente mal nutridas, (Shah en Mandl 1987) por consiguiente, hay muchas probabilidades de que sus infantes víctimas de malnutrición en el útero, tengan poco peso al nacer. Estos niños inician la vida con grandes desventajas que la leche materna, a pesar de sus especiales cualidades protectoras y nutritivas, no pueden compensar por completo, en particular si las madres continúan estando crónicamente mal nutridas y sujetas a pesadas tareas y repetidos embarazos. La alimentación suplementaria de las mujeres embarazadas lactantes, puede reducir en un grado dichos

efectos negativos, tanto en la madre como en el bebé pero constituyen una intervención tardía.

El efecto potencial de la nutrición de la madre sobre el curso y resultado del embarazo y, luego, sobre la condición nutricional de los infantes es profundo. La salud futura de la humanidad depende de alto grado, de la condición nutricional de las madres.

Con frecuencia existen notables diferencias dentro de los grupos social y geográficamente definidos, así como, una distribución diferencial de alimentos dentro de la familia. La ingestión de alimento de las mujeres se ve afectada, por creencias y costumbres profundamente arraigadas y por la falta de conocimientos con respecto al valor nutritivo de los alimentos disponibles. Existen también diversos factores asociados con la pobreza que, por lo general, influyen en la ingestión de alimento y la condición nutricional de las madres como por ejemplo; la situación de las mujeres dentro de la sociedad, el tamaño de la familia, la poca capacidad de compra, los frecuentes embarazos con intervalos muy breves, el embarazo de adolescentes y los agotamientos debidos a infecciones e infestaciones parasitarias (Shah op. cit.).

Las comadronas tradicionales, las suegras, madres de embarazadas y otras mujeres de avanzada edad desempeñan un papel importante en lo que concierne a la dieta.

Las restricciones a este respecto, afectan muy diversamente a las madres pobres que están crónicamente mal nutridas y no pueden permitirse agregar otros alimentos a su ya sumamente menguado menú, el que a menudo consiste en uno o dos productos.

Es importante saber que de los 22 millones de bebés que se calcula nacen cada año con bajo peso, (2,500 gramos o menos), 21 millones llegan al mundo en áreas en desarrollo y de ellos, 16 millones son descritos como pequeños para la edad, lo que indica retardo en el crecimiento fetal. Diversos autores han mencionado una fuerte correlación entre el aumento de peso durante el embarazo y el peso del niño al nacer aunque también otros han encontrado correlación entre la estatura y peso de la madre y el peso del niño al nacer.

Shah y Shah (en Mandl 1987), en un estudio realizado en una comunidad rural de la India encontraron que entre muchos factores ambientales, la nutrición de la madre tuvo una relación significativa para el peso al nacer. El factor principal contribuyente al bajo peso de los infantes fue la crónica mal nutrición de las madres, probablemente desde su infancia lo cual afecta desfavorablemente el contenido de ácido desoxirribonucleico (ADN) del útero o de órganos como las glándulas endócrinas que controlan las funciones de reproducción.

Asimismo, se ha mostrado que la frecuencia de infantes con bajo peso al nacer es más alta en mujeres anémicas. En los infantes con madres de bajo ingreso, se han encontrado depósitos hepáticos de hierro, ácido fólico, vitamina B12 y vitamina A, que representan sólo el 50-60% de lo que se considera como cantidad requerida.

En el estudio de la India rural se observó que los infantes de madres cuyo peso antes del embarazo era demasiado poco (38 kg o menos) y que aumentaron 3 kgs, durante la preñez tuvieron muy poco peso todavía a los tres y seis meses de edad, lo cual influyó notablemente para niveles inferiores de desarrollo humanitario y menor capacidad para desenvolverse económica y socialmente.

En un estudio en Bogotá, la habituación visual a los 15 días de edad fue más rápida en el grupo que recibió suplementación prenatal, que en el de control (Muro et al en Mandl, 1987). De modo similar, en Nueva York, la alta suplementación proteica durante el embarazo se encontró asociada, con más rapidas respuestas de habituación al año de edad. Los estudios tanto de Guatemala como de México mostraron asimismo, en los grupos suplementados, un desarrollo psicomotor significativamente mejorado durante el primer año.

No hay porque recomendar a una embarazada una dieta de enfermos. De todas formas conviene vigilar que la alimentación se atenga siempre a estas cuatro normas generales: amplitud, riqueza nutritiva, salubridad y ligereza.

Para dar al cuerpo el régimen adecuado en este periodo, lo mejor es recurrir a un menú variado en que abunden los alimentos crudos, verduras poco hervidas y carne preferentemente asada. El médico por su parte, recetará el complemento vitamínico que corresponda. Una de las normas fundamentales para toda alimentación sana es reducir al máximo el uso de la sal, utilizando en su caso hierbas y especias (Schultz y Muñoz 1977).

B) ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE.

El estado emocional de la mujer embarazada se ve influido por muchos factores, para empezar veamos que el papel del padre es muy importante aunque, como dice Pernolid (1970), en un sentido estricto del término, la mujer es quien puede decir "espero un hijo", es su

vientre, su cuerpo el que lleva el orgullo pero a la vez la carga, alegría y preocupación. Es obvio que esto no impide que ambos aguarden al hijo, desde el punto de vista psicológico, afectivo e intelectual.

A diferencia de lo que sucedía en la antigüedad, actualmente el padre está mas ligado a esta espera por diversas razones: el parto sin dolor que lo invita a participar en sesiones de preparación y que la sociedad lo ha impulsado a compartir todo aquello que concierne al niño y aún al feto; el futuro padre además de las angustias que en su momento pueda tener, es quien ha de tener participación directa con la madre durante los nueve meses de gestación, por ejemplo, debe de preocuparse a partir del tercer mes, por acompañar a su mujer diariamente a dar un paseo antes de cenar o acostarse (Schultz y Muñoz 1977).

La futura madre al quedarse embarazada puede, ya sea, cambiar por completo o no modificar ni el carácter ni el comportamiento. Cada mujer tiene su propia manera de convertirse en madre, que depende de su edad, de su educación, de su medio, de su carácter. Pero, excepto los extremos, la futura madre tiene una psicología particular que evoluciona con los meses.

Durante el primer trimestre de embarazo se considera de incertidumbre y adaptación, aún cuando ella conozca que espera un hijo, sólo estará verdaderamente convencida cuando lo sienta vivir en ella o cuando vea su imagen en una ecografía. Puede manifestar (hasta vacilar) la alegría y desconcierto, pero éste es a lo desconocido, la inquietud por el porvenir, a la reacción del marido y hasta de algún accidente. Esta mezcla de alegría, de rechazo, de temor, caracteriza al primer trimestre, el sentimiento de rechazo aunque sea muy profundo tiende a cambiar cuando la madre siente moverse a su hijo (Pernolid 1990). El deseo de materni-

dad corresponde a un instinto tan profundo que incluso la mujer que juró no desear a un hijo, lo desea.

El temor a lo desconocido indica a menudo, una especie de regresión, la mujer se siente desprotegida, dependiente como en estados infantiles y ello la lleva a acercarse a su madre quien ya pasó por esto. Además, esta futura madre se siente más emotiva, más frágil, física y psicológicamente, así como también, siente que ha alcanzado el estado adulto, pues ... "va a tener un hijo". Esta ambivalencia es una de las razones de esos cambios de humor que el medio tiene a veces dificultad de comprender.

Esta mujer se aproxima a su madre y también lo hace a otras mujeres que han tenido un niño; llegará incluso a mirar de otra manera a sus amigas y a las mujeres de sus círculos. El embarazo es el momento en que uno aprende más sobre sí mismo en tanto que se prepara para su nuevo papel.

Dentro del segundo trimestre (del equilibrio) es sumamente difícil el describir los sentimientos de la mujer que por primera vez, siente en ella a su hijo, la emoción es tan fuerte, tan profunda, que una mujer no habla de esto con facilidad. Los primeros movimientos tienen gran importancia para la futura madre, aceptan abiertamente su embarazo (aunque desde luego) mucho dependerá del medio, ya sea marido, padres, amigos, pero habrá como punto de partida, una señal procedente del mismo niño. Esta presencia del niño actúa verdaderamente sobre los pensamientos, la imaginación y sobre el cuerpo. Pues reacciones como la salivación, náuseas, falta de sueño y apetito, retornan. Las mujeres saben que es necesario modificar sus actividades. A partir del cuarto mes es importante también la ayuda que puedan proporcionar las amistades, las conversaciones amenas y hasta algunas salidas. Todo ello y el -

marido pueden demostrar con tacto a base de cuidados y atenciones que el embarazo es natural y motivo de alegría. Los cosméticos y demás cuidados harán lucir a la embarazada tan agradable como siempre (Schultz y Muñoz 1977), y se sentirá igualmente sociable.

Cuando finaliza el segundo trimestre del embarazo, los padres previsoros, acostumbran hacer una lista de lo más necesario. Pues al presupuesto familiar afectan menos los gastos por etapas, tanto esto como, decidir el lugar en que debe de nacer el niño hará que los padres estén más preparados y por ende más tranquilos.

El tercer trimestre es el de repliegue, es el centro exclusivo de los pensamientos, intereses y preocupaciones de la futura madre. A medida que transcurren las semanas la madre, centra todos sus pensamientos en el niño que lleva, atenta a su crecimiento, posición y cambios, a la frecuencia de sus movimientos, los periodos de calma, agitación, habla de él como si ya hubiera nacido, le atribuye cualidades, teme defectos físicos, la situación familiar, y compara el embarazo actual con los precedentes.

Enteramente preocupada por el niño que va a nacer, se diría a veces que la futura madre desea aislarse, aún de aquellos que ama, así como, la indiferencia en el terreno afectivo de la madre, desde el punto de vista intelectual se vuelve menos atenta, tiene fallos de memoria, etcétera.

La última semana parece más larga que los nueve meses precedentes. Esta impaciencia tiene la ventaja de esfumar la aprehensión del parto que más o menos siempre persiste. En vísperas del alumbramiento, la futura madre vive una actividad febril, con deseo devorador de arreglos, limpieza, orden de cambios de mobiliario, demasiada energía, síntoma de que el nacimiento se aproxima.

Cuando una mujer está sola será el primer problema que deberá resolver: encontrar compañía, apoyo, una distribución de las preocupaciones comunes. Aún, cuando se tenga la suerte de contar con una familia comprensiva, se le aconseja buscar contactos exteriores lo cual es beneficioso para la madre y el bebé. Puede hablar con el médico, la comadrona, la asistente social o el psicólogo, pues aunque los recuerdos del padre se hayan vuelto aversivos y físicamente no esté ahí, el padre deberá tener un lugar en la vida del niño.

Las creencias populares sostienen que desde mucho antes de que se hicieran experimentos científicos, que las emociones maternas durante el embarazo presentan un valor especial. Por ejemplo, se piensa que el miedo o la tensión de la mujer encinta pueden afectar el desarrollo cognitivo del feto. En el ser humano con tensión se secretan sustancias llamadas catecolaminas, las cuales, en la mujer encinta se transmiten al feto a través de la placenta. La placenta puede ser entonces un vehículo de sustancias lesivas (considerando también el alcohol, cigarro y narcóticos).

C. RELACION AFECTIVA MADRE-HIJO

El comienzo de una vida a partir de la fecundación, el brote de una personalidad desde sus primeros instantes no solamente necesita de alimento y cuidados, sino también de mucho amor.

McDonald et al. (en Mandl, 1987) afirma que la tensión emocional, la depresión nerviosa y otras fluctuaciones extremas de la conducta pueden afectar el embrión en desarrollo. La madre que se encuentra trastornada o alterada durante la gestación, que fuma o

bebe en exceso, que tiene malos hábitos alimenticios deficientes, duerme poco y en otros aspectos se descuida, está proporcionando un ambiente prenatal sumamente inadecuado. Los niños nacidos de este tipo de madres tendrán mucho más dificultades que aquellos nacidos de madres saludables y relativamente libres de angustia.

Si las mujeres embarazadas están alteradas, el feto "se agita"; si el estado de tensión se prolonga por mucho tiempo también es probable que el recién nacido sea irritable e hiperactivo, al menos en sus primeras etapas.

En esa relación delicada e íntima de madre e hijo que se establece desde el comienzo del embarazo, el marido no es un extraño. Su presencia es importante. En el nuevo equilibrio familiar, el debe de ser un sólido punto de apoyo.

A partir del segundo trimestre del embarazo, como hemos mencionado, la mujer siente los primeros movimientos del bebe en los cuales comienza entre ella y su hijo un diálogo singular, misterioso, que terminará en apariencia con el nacimiento, pero que, en realidad continuará toda la vida (Pernolid 1990).

En la medida en que las personas están determinadas por sus circunstancias y en el grado en el que éstas se mantienen desde el momento en que el individuo es concebido su psicología queda establecida ya antes de la concepción (Gillham, 1985).

D) EMBARAZO NO DESEADO

Al parecer la maternidad es el objetivo prioritario e insustituible de toda mujer, la actividad maternal

puede percibirse incluso en mujeres que han permanecido solteras, o el caso de las mujeres infértiles, que vuelcan un afecto netamente maternal, protector y educativo sobre sus sobrinos, hijos adoptivos o incluso animales domésticos.

La maternidad ofrece a la mujer, una maravillosa oportunidad de expresar directamente la inmortalidad, lo cual se confirma por el hecho, de que a la gestante, la rodean de respeto y la atención de todos, esto ocurre, tanto en las sociedades más modernas como en las más primitivas, hasta se da el caso de que en algunos pueblos primitivos, la mujer encinta sea venerada como persona sagrada (Maldonado, 1976).

Hemos visto que la mujer al saberse embarazada, siente una afectividad confusa hacia un ser del cual todavía no percibe su existencia concreta y este sentimiento hacia alguien, que sólo después de cierto tiempo será real hace que el proceso biológico parezca un sueño.

A medida que avanza el embarazo, el nuevo ser cada vez se hace más real en la mente de la madre: la reacción de la mujer variará según su temperamento, su pasado, y por consiguiente la causa de sentimientos que afloran. Y también la situación familiar, ambiental y social.

Pero veamos ahora, cuando surge un embarazo no deseado. Este pudo haber sido por circunstancias diversas (el novio, una fiesta, el amigo ocasional, un engaño, ignorancia del mecanismo de la fecundación...) pero el caso es de que se trata de un embarazo que no se esperaba y sobre todo no se deseaba. Hay mujeres que siguen adelante, con ese embarazo, pero el odio hacia el hijo que llevan en sus entrañas se materializa en cuanto él nace (Maldonado 1976), y su vida se puede convertir en un verdadero problema para ambos. En esta

reacción hacia el embarazo, influyen el nivel socioeconómico, la educación y el grado de cultura, sin embargo, cada situación requiere el planteamiento de posibilidades.

En el mejor de los casos, la mujer sigue adelante con su embarazo, y quiere a su hijo durante la preñez, así que al nacer tenga o no padre el niño, ella completará esa necesidad de reproducción y prodirá al hijo afecto y ternura.

Por lo que sea, es indudable que es mejor prevenir, el primer camino lo tenemos en una orientación sexual adecuada para los jóvenes indispensable, respetando religión, cultura, valores de cada familia, proporcionando conocimientos complementarios de su educación sexual para que sean responsables de sus actos.

CAPITULO 2

LACTANCIA

Lactación es el acto de lactar, verbo que se refiere tanto a amamantar -criar con leche- como a alimentarse con leche. En otras palabras, en la lactación hay dos protagonistas, la madre y el hijo. Ambos "lactan" y de ambos se dice que son lactantes. El periodo de vida en que la madre y el hijo practican la lactación se conoce como lactancia (Bourges, 1986 en Cuadernos de Nutrición).

Evidentemente, la lactancia es una forma singular y transitoria de alimentación. Singular porque es propia de unas 4000 especies de entre cerca de un millón que registra la zoología, pero tan crucial que la taxonomía biológica la utiliza como el rasgo distintivo que define toda una clase animal: los mamíferos. Transitoria, porque para la madre ocupa un periodo específico cuya duración está bien delimitada para cada especie y porque para el hijo constituye una transición, entre su alimentación intrauterina -continua y comparativamente pasiva- y la alimentación "definitiva", propia de su especie que es discontinua y activa.

Esta forma de "puente dietético" permite satisfacer con éxito las necesidades nutricionales del neonato entre sus limitaciones fisiológicas. Las necesidades nutricionales del hijo en esta etapa son: peculiares y cuantiosas debido al rápido crecimiento inicial característico de los mamíferos. A la vez,

comparativamente con otras clases zoológicas, el organismo del mamífero recién nacido es muy vulnerable por la relativa inmadurez de su aparato digestivo, de sus riñones, de su sistema nervioso y en general de su metabolismo.

Por ello la lactancia es un periodo crítico en la vida, siendo virtualmente insustituible. Las limitaciones fisiológicas del recién nacido van desapareciendo, maduran sus funciones y sus necesidades nutricionales van cambiando, cualitativa y cuantitativamente, es por eso, que en determinado momento la lactancia debe de finalizar.

2.1 PREPARACION FISICA-PSICOLOGICA PARA EL FUTURO AMAMANTAMIENTO DE MUJERES EMBARAZADAS

Puede parecer extraño que la alimentación al seno materno requiera de algún preparativo cuando es un proceso natural. Lo es en efecto, pero al mismo tiempo es una habilidad que exige cierto aprendizaje y preparación de las mujeres que viven en una sociedad que no ofrece apoyo para las habilidades naturales.

En cuestión fisiológica, hay que tomar en cuenta que todas las mujeres tienen cambios hormonales que ocasionan transformaciones en el cuerpo durante el embarazo, estas hormonas son las mismas que aparecen en el torrente sanguíneo durante las diferentes etapas del ciclo menstrual. La hipófisis y los ovarios se turnan para estimularse entre sí y producir un ciclo de hormonas que desarrollan y liberan al óvulo durante la primera parte del ciclo menstrual y también preparan al útero para el embarazo, en el caso de que el huevo quede fertilizado y necesite un lugar para anidar.

Cuando hay un embarazo, el huevo fertilizado produce progésterona, al desarrollarse la placenta, empieza a producirse niveles elevados de estrógenos y algo de progésterona. Estas hormonas estimulan el crecimiento de glándulas productoras de leche o mamarías.

El tamaño y la forma de los senos varían mucho según las características y distribución del tejido conectivo y la cantidad de tejido graso. La otra clase de tejido que encontramos en el seno materno, es el tejido glandular (células productoras de leche y los sistemas de conductos) no varían mucho entre las diferentes mujeres, por esta razón la forma y tamaño del seno materno nada tiene que ver con la cantidad de leche que produce una mujer (Gaskin, 1987).

La aréola externa (el círculo de piel oscura alrededor del pezón) se vuelve más áspera, prominente y notoria casi siempre a las dos o tres semanas de la concepción. Estas asperezas que son glándulas, secretan un lubricante oleoso que vuelve elástica a la aréola. Si se tiene la piel clara, los pezones se oscurecerán.

El calostro, un líquido cremoso de color blanco amarillento y que contiene importantes anticuerpos para el bebé, empieza a producirse a partir del segundo mes de embarazo. En algunas mujeres, escurre del seno durante la última parte de la gestación, otras sólo detectan su presencia al "ordeñar" un poco de esta secreción. La posible diferencia entre mujeres no tiene relación alguna con su capacidad para producir leche.

Durante la segunda mitad de la gestación, la placenta comienza a producir prolactina (en latín: para la producción de leche) una hormona que provoca el crecimiento ulterior de los sacos productores de leche y la excreción de la misma (Carvajal, 1985).

Las glándulas son células o grupos de células que, de manera selectiva, eliminan, concentran o alteran productos de la sangre para después excretarlos para un uso ulterior dentro o fuera del cuerpo, o para su eliminación del organismo. Los senos son glándulas de la piel y las únicas en todo el cuerpo que producen alimento. Convierten las sustancias de la sangre en el alimento para el bebé.

Durante el embarazo, los estrógenos ocasionan el crecimiento de los conductos mamarios y del tejido conectivo que sostiene a todo el conjunto. Las hormonas (prolactina y progesterona) afectan el crecimiento y la función de los senos durante el embarazo. Durante el periodo de producción de leche, los senos reciben influencias de la prolactina y de otra hormona, la oxitocina.

Cada seno contiene un sistema de conductos y reservorios intercomunicados. La leche es sintetizada, almacenada y después empujada al exterior por estos conductos. Existen quince o veinte glándulas de leche o alvéolos en cada seno. Cada una de ellas tiene un sistema de conductos formados por diminutos canales llamados ductos, los cuales se abren en canales más grandes hasta desembocar en el pezón.

La estimulación en el pezón por la succión del bebé (o en ocasiones cuando la madre piensa en la alimentación del hijo) desencadena un estímulo respondiendo la hipófisis con liberación de prolactina y oxitocina hacia la sangre. La prolactina estimula entonces a las glándulas productoras de leche que toman los elementos necesarios para sintetizarla en la sangre que las riega a través de un enorme sistema de vasos sanguíneos que se desarrolló durante el embarazo. La oxitocina viaja en el torrente sanguíneo hasta los senos y estimula a las células musculares que recubren

a la glándula mamaria, ocasionando que se contraigan para la eyección de la leche (Gaskin, 1987).

Al principio la leche se prepara sin importar que el niño succione o no los senos. La producción continua de la leche dependerá de la estimulación frecuente y regular de los senos por parte del bebé. Durante los primeros meses de vida, el niño debe de alimentarse por lo menos ocho veces en 24 hrs. y tener suficiente tiempo en cada toma. Cuando mayor sea la estimulación de los senos por la succión del niño, mayor será la producción de leche.

La gran mayoría de las mujeres pueden alimentar con éxito a sus hijos si están preparadas psicológicamente para ello y esto depende en gran parte de los deseos de amamantar además de que conozcan la anatomía y fisiología básica de todo el sistema que puede convertir a quienes no planeaban amamantar a sus hijos en partidarios de este sistema de alimentación.

Cualquier mujer necesita tener confianza en sí para una lactancia exitosa. Si se aprende todo lo posible sobre el amamantamiento antes de que se produzca el parto, el conocimiento ayudará a desarrollar esta confianza.

Antes, las mujeres transmitían los conocimientos de la alimentación al seno materno de una generación a otra. Este proceso aún se da en algunas partes del mundo, donde la mayoría de las madres practican el amamantamiento. En los países industrializados, esta parte del conocimiento femenino se ha visto interrumpida por una dependencia de la tecnología, la cual hace que las madres reciban la información sobre la lactancia de sus hijos de manos de profesionales de la medicina y corporaciones multinacionales. Esta dependencia aprendida tiene un precio, debido a la ausencia del conocimiento compartido sobre el amamantamiento, las

madres que desean amamantar a sus hijos con frecuencia se ven obligadas a hacerlo solas, a aprender de sus errores y por desgracia, es frecuente que las equivocaciones en la técnica de la alimentación al seno impongan la necesidad de interrumpir el amamantamiento antes que el hijo tenga la capacidad de obtener su nutrición adecuada por otro método (Gaskin, 1990).

2.2 ASPECTOS BIOQUIMICOS, INMUNOLOGICOS, ECONOMICOS Y SOCIALES DE LA LACTANCIA.

La leche materna se considera el alimento ideal para el recién nacido y a pesar de los adelantos en la tecnología de alimentos ninguna leche es capaz de reemplazar con ventajas a la leche materna.

* ASPECTOS BIOQUIMICOS

La leche humana varía de una mujer a otra en su contenido de nutrientes, también individualmente acusa diferencias en su composición, muestras obtenidas de la misma mujer suelen dar divergencias bioquímicas en función a la hora del día, según hayan sido obtenidas antes o después de haber ofrecido el seno al niño, o bien de acuerdo al procedimiento empleado para su colección.

La composición también varía según la etapa de la lactancia, en los primeros cinco días de secreción, denominada "calostro", se caracteriza por tener una mayor cantidad de proteínas y un menor contenido de grasas y lactosa, que la leche secretada después del

primer mes considerada "madura". Entre el sexto día y las dos primeras semanas de nacido el niño, la secreción láctea tiene características bioquímicas que median entre el calostro y la leche madura, por lo cual se considera como de "transición". Por otra parte el calostro tiene una mayor concentración de vitaminas liposolubles y carotenoides.

Las proteínas de la leche humana incluyen la caseína, las alfa lactoalbúminas, las beta lactoglobulinas, las inmunoglobulinas y otros muchos compuestos proteínicos entre estos últimos se pueden mencionar la lactoferrina, las lisozimas y la albúmina sérica.

La caseína forma parte de un grupo de proteínas, específicas de la leche, caracterizadas por su elevado contenido de prolina y por encontrarse unidas al calcio formando complejos de caseinato de calcio y fosfato de calcio (Vega, 1983).

La lactosa es el hidrato de carbono más importante en la leche humana, a un lado de este disacárido se han identificado pequeñas cantidades de otros azúcares, como fructuosa, galactosa y varios más conteniendo nitrógeno.

Este disacárido facilita la absorción del calcio y hierro, junto con el factor de crecimiento del *L.bifidus*, promueve en el intestino la reproducción de lactobacilos. Por otra parte, una vez metabolizado, proporciona galactosa la cual es requerida para la síntesis de galactolípidos.

Las grasas constituyen la principal fuente de energía de la leche humana. Alrededor del 50% de las calorías totales corresponden a estos nutrimentos.

Se han identificado en ella: triglicéridos, diglicéridos, monoglicéridos y ácidos grasos libres, así como también, fosfolípidos, glucolípidos, esteroides y vitaminas liposolubles.

Así la concentración de minerales mayores presentes en la secreción láctea de los humanos, equivale aproximadamente a un tercio de la cantidad que se encuentra en la leche de vaca.

La alimentación al seno, de manera exclusiva, permite a los niños nacidos a término de madres bien alimentadas, un crecimiento satisfactorio durante los primeros cuatro meses de vida, cabe suponer que cuando menos durante esta etapa las vitaminas que existen en la leche humana cubre de manera adecuada las demandas del organismo en crecimiento.

Comparativamente con la leche de vaca, la leche humana tiene una mayor concentración de vitamina A, ácido ascórbico y vitamina E.

Ahora en cuanto a los aminoácidos, recientemente se ha puesto mucha atención sobre las diferencias entre la leche de vaca y la leche humana. La leche humana es rica en cisteína, contiene menos tirosina y fenilalanina, lo cual es adecuado a las peculiaridades metabólicas del recién nacido (Lacerva 1983).

La leche materna contiene varios nucleótidos y nada de ácido orótico. Los nucleótidos aportan cierta cantidad de nitrógeno no proteico que se ha dicho forma parte del anabolismo y el crecimiento.

En cuanto al colesterol la leche humana lo contiene, mientras que las fórmulas prácticamente carecen de él, y las concentraciones se mantienen constantes y son útiles para el niño en la formación del tejido nervioso, o para la síntesis de sales biliares.

Por último la leche materna contiene Sodio y Potasio que son importantes en los primeros días de la vida como mecanismos de defensa contra la deshidratación y hambre (Lacerva, op. cit.).

* ASPECTOS INMUNOLOGICOS.

Inmunológicamente hablando, la leche humana ni siquiera ha podido ser imitada, pues la sola circunstancia de ser administrada directamente, sin intervención de ningún proceso que la desnaturalize, le confiere el carácter de alimento vivo, riquísimo de factores tanto humorales como celulares, indispensables para que el recién nacido afronte con éxito su adaptación inmunológica a la vida extrauterina.

La leche materna protege al niño contra algunas de las enfermedades infecciosas, algunas alergias y síndromes de mala absorción intestinal, proporciona resistencia contra enfermedades de las vías respiratorias y en otitis media. La protección que proporciona la leche materna contra algunas enfermedades se debe principalmente a la transferencia de anticuerpos específicos, principalmente de inmunoglobulinas (D.G.S.M., 1970).

Todos los tipos de inmunoglobulinas (IgM, IgG, IgA, IgD, IgE), se encuentran presentes en la leche humana. La IgA es la más importante en términos de concentración y características biológicas. Es más resistente a condiciones de acidez y a la actividad proteolítica de las enzimas digestivas. Se encuentra intacta en cantidades considerables en las heces de los niños con alimentación materna y probablemente se deposite en el árbol respiratorio mediante la regurgitación infantil. La IgA secretoria se encuentra en su máxima concentración durante los primeros días de vida. Se han medido concentraciones hasta de 50 mg/ml en el calostro. A partir de ese momento hay una caída progresiva de la concentración hasta un límite basal cercano de 1 mg/ml.

Otros estudios han determinado el contenido de IgA (Inmunoglobulina A) en términos de miligramos por gramo de proteínas totales en la muestra; éstos también confirman que la concentración más alta tanto de IgA como de IgM (Inmunoglobulina M), se encuentran en los primeros días del post-parto. También se les ha encontrado en la leche obtenida 180 días después del parto (Arrieta y Cravioto, 1983).

En una alimentación determinada, la concentración de IgA es constante, lo que sugiere una capacidad enorme para su síntesis y almacenamiento local. Las concentraciones de IgA en la leche se mantienen más elevadas que las encontradas en el suero. Esto sugiere que al mismo tiempo del parto puede estarse llevando a cabo una producción local y una concentración selectiva de IgA, e IgM en menor medida, dentro de la glándula mamaria. Los componentes celulares de la leche pueden intervenir, en el transporte y la liberación tardía de IgA.

Se ha mostrado la efectividad in vitro de la IgA secretoria contra *Escherichia Coli*, la Enterotoxina de *E. Coli*; *Clostridium Tetani*, *C. Diphteriae*, *Diplococcus Pneumoniae*, *Salmonella*, *Shigella*, Virus de la Polio tipos 1, 2 y 3; Cocksakie tipo A9, B3 y B5; Echo tipos 6 y 9; Virus del bosque de Semliki; Virus del Rio Ross; y Rotavirus. Puede actuar "in vivo" por interferencia, con la adherencia bacteriana o viral a las células epiteliales, evitando que se establezcan en las paredes de la mucosa (Arrieta y Cravioto op. cit.).

La leche humana contiene macrófagos, macrófagos espumosos, leucocitos polimorfonucleares, y linfocitos T y B. Nuevamente, la concentración de estas células es más altas en el calostro, donde los leucocitos están presentes en concentraciones comparables a las cuentas leucocitarias en la sangre. La leche madura contiene

alrededor del 2% de la concentración celular del calostro, a pesar de que el volumen aumentado de leche quizá compense por este cambio. Las células fagocitarias comprenden 80% de las células en el calostro. En proporciones variables de polimorfonucleares y mononucleares, dependiendo del individuo. Aunque posea un poder de destrucción bajo, tienen una gran capacidad para ingerir microorganismo patógenos. De esta forma puede funcionar sobretodo, secuestrando a los microorganismos patógenos y evitan que se instalen en la pared del tubo digestivo.

Los fagocitos mononucleares pueden ingerir partículas de carbón, hierro coloidal, eritrocitos, levaduras, estafilococos, y E. Coli. responden a los mitógenos específicos y a los antígenos de histocompatibilidad en células alógenas. Sintetizan complemento, lactoferrina y lisozimas. Los cultivos mixtos de macrófagos de la leche humana y células B liberan una mayor cantidad de IgA que la liberada por las células B solas. Esto sugiere que el macrófago de la leche pudiera, además, ser un sistema de transporte de IgA capaz de producir una liberación tardía de inmunoglobulina (Lacerva, 1983).

En la leche humana se encuentran otras sustancias que pudieran desempeñar efectos protectores. Estas incluyen el factor bifido, un factor antiestafilococos, complemento, lactoferrina, lactoperoxidasa, lisozima e interferon.

* ASPECTOS ECONOMICOS

Se han documentado bastante bien los aspectos económicos de la alimentación materna.

Tomando en cuenta incluso la comida en exceso que la madre consume, un análisis reciente muestra que la alimentación con biberón es 2-3 veces más costosa que la alimentación materna. Desde un punto de vista global, la alimentación de un bebé con cantidades adecuadas de fórmulas puede consumir cuando menos 20% más del presupuesto familiar, volviéndose impracticable.

Por lo tanto el costo de la lactancia materna se basa únicamente en el costo de los alimentos adicionales necesarios para alimentar a la mujer que amamanta. La adecuada cantidad y calidad de la leche materna depende de la dieta durante el embarazo y la lactancia.

Se debe considerar que la alimentación artificial del recién nacido requiere de condiciones ambientales adecuadas de agua potable, manejo higiénico de utensilios y equipo utilizados, conservación y refrigeración etcetera, que en la leche materna se puede evitar.

* ASPECTOS PSICOLOGICOS

Alimentación al seno da lugar a un complejo intercambio de estímulos gratificantes entre la madre y el niño; la relación afectivo emocional generada por esta función biológica, trasciende en la madre reforzando su conducta maternal, a la vez que fomenta en el niño su crecimiento somático y un adecuado desarrollo psicológico.

Existen evidencias de que la calidad de la interacción madre-hijo depende del momento en que se establece la primera relación entre ellos. Cuando el contacto físico entre ambos se hace efectivo después de 12 hrs, de nacido el niño, la madre adopta una conducta

maternal menos favorable al pequeño, que perdurará aún meses después. De manera opuesta el contacto físico entre la madre y el hijo, tan sólo minutos después del nacimiento de éste, se traduce en una evolución más satisfactoria durante el primer año de vida, los niños sujetos a esta circunstancia son alimentados al seno por más tiempo, tienen un mejor incremento ponderal y llegan a registrar un menor número de procesos infecciosos (Vega, 1983).

Estudios en maternidades de los Estados Unidos por Johnson y en Guatemala por Kennel y asociados: Proporcionando a los recién nacidos contacto físico y/o haciendo que succionaran el pecho de sus madres inmediatamente después del nacimiento, señalan que las madres que tuvieron contacto físico temprano, mostraron mayores deseos de amamantar a sus hijos y continuar haciéndolo por más tiempo después de ser dadas de alta de la maternidad, que aquellas madres que no tuvieron contacto más temprano. En una investigación similar en Brasil, Sausa y Cols., reportan que las madres que tuvieron contacto físico temprano extra con sus hijos, 2/3 partes amamantaron durante dos meses en contraste con solamente una cuarta parte de las madres que siguiendo las reglas hospitalarias iniciaron la lactancia al seno materno a las 12 hrs o más del nacimiento.

Estos resultados parecen indicar que el amamantamiento temprano puede favorecer la continuidad de la lactancia en algunas madres que se atienden en medios hospitalarios, con reglamentaciones antes señaladas. Existe suficiente evidencia de que la alimentación al seno materno puede interferirse con algunas prácticas de uso común en las maternidades, tales como la analgesia y anestesia que deprimen a la madre o al niño, la separación madre-hijo, el uso de biberones, esquemas rígidos de alimentación y el prestar poco o ningún apoyo a las madres que inician la alimentación al seno por vez primera (Arrieta y Cravioto, 1983).

En relación al efecto del contacto temprano madre-hijo y la calidad de interacción ulterior se han llevado a cabo varias investigaciones, entre las cuales destaca de la Klaus y cols., quienes estudiaron dos grupos de madres norteamericanas, uno de los cuales siguió las rutinas usuales de la maternidad que incluían separar al hijo al nacer durante 6-12 hrs. Al otro grupo de madres, se les dejó en contacto con sus hijos desnudos durante las primeras horas post-parto, Además, este grupo tuvo 5 hrs diarias de contacto extra madre-hijo, durante los tres días de hospitalización.

Según Klaus, al mes de edad mostraron mayor interacción cara a cara y trato más delicado hacia sus hijos. La conclusión fue de que inmediatamente después del nacimiento podría haber un periodo de "sensibilidad materna" para el apego al hijo. Al año de edad, aquellas madres a las que se les proporcionó contacto extra con sus hijos, los acariciaron más durante el examen pediátrico y a los dos años les hablaban con menos mandatos y con más palabras por oración. Whiten, ha comentado que la muestra de madres estudiadas por Klaus estaba constituida principalmente por madres, solteras jóvenes, de estrato socioeconómico bajo y que probablemente no tuvieron interés en sus hijos. Estas características de las madres ponen en manifiesto que aún en estas condiciones no representativas de la mayoría de las poblaciones el contacto extra de la madre-hijo es favorable a ambos y el papel de la lactancia es fundamental para esta relación.

Por otro lado, Deutsch (1971, en Atkin 1988) considera que la lactancia materna además de ayudar a la madre a vencer la separación brusca de su hijo, también sirve al niño para mitigar el efecto de su nacimiento. Por un lado, la lactancia materna restablece la intimidad y cercanía con la madre, mientras que por otro lado, la separación paulatina que ocurre en el destete permite al bebé tener una experiencia de separación menos repentina y abrupta que la ocurrida en el nacimiento.

Mead (1961 en Atkin op. cit.) ha invertido gran parte de su vida en estudiar el comportamiento social de los miembros de diferentes tribus, ha encontrado que entre los Arapesh, los niños amamantados con amor y cariño no presentan en la edad adulta inclinación o consumación de suicidio. En cambio, el observar una tribu Nundugumor, observó que a pesar de que los bebés son amamantados, la actitud de la madres es rechazante. La madre malhumorada da el seno en el menor tiempo posible y el lactante tiene que ingerir un máximo de leche en un mínimo de tiempo. En esta tribu el suicidio es muy frecuente y la actitud amorosa y cálida no existe.

En cuanto a otras partes, Langer (1978 en Atkin op. cit.) ha puntualizado lo siguiente: "que no solamente el niño, sino también la madre, se perjudica por la renuncia a amamantar a su hijo." La mujer que alimenta a su hijo, está reviviendo su propia lactancia. Si ésta fue feliz, más fácilmente será gratificante para ella, pero si fue conflictiva y angustiosa, puede ocurrir que viejos recuerdos obstaculizen la lactancia hasta llegar a hacer desaparecer la secreción láctea. Sin embargo, si la mujer llega a sobreponerse, puede hallar en la lactancia materna un medio adecuado para acercarse a su hijo.

La madre que amamanta, debe de abrazar a su bebé en cada acto, permitiendo ese contacto piel con piel tan importante entre la madre y su bebé.

Es difícil cuantificar los efectos psicológicos de la alimentación materna en la madre y en el niño, pero todas las observaciones indican que la estimulación sensorial temprana en la madre, producida por el contacto físico con el niño, constituye un factor favorable a la alimentación al seno.

Por otro lado, el niño es un compañero inseparable de la madre, día y noche, como acontece en algunas culturas. La alimentación al seno refuerza los estímulos auditivos, táctiles y visuales, que en tal forma enriquecen emocionalmente al pequeño y a la madre.

2.3 INICIO DE LA ABLACTACION

Se conoce con el nombre de ablactación a la sustitución gradual y progresiva de la leche materna por otros alimentos, hasta que el niño adopte la dieta corriente de la familia y la lactancia desaparezca totalmente.

Los célebres protomédicos Hipócrates (450 a.c.) y Galeno (siglo II d.c.) recomendaban que al cumplir el sexto mes de vida los niños empezaran a recibir alimentos distintos a la leche materna. Sugerían que a esa edad, cuando aparece el primer brote dentario, la dieta láctea se complementara con migajas de pan humedecido en leche, vino, cerveza o consomé (Vega op. cit.).

En la década de los años treinta del presente siglo, los especialistas aún pugnaban por la introducción de frutas, verduras, huevos, carnes y cereales en la dieta de los lactantes una vez que aparecían los primeros dientes.

Al finalizar la segunda Guerra Mundial, la alimentación del niño fue contemplada bajo una nueva perspectiva y la erupción de los dientes fue descartada como criterio para iniciar la ablactación. Desde entonces las papillas y los zumos de frutas se han ofrecido a las nuevas generaciones a edades cada vez más tempranas.

Durante la vida fetal, el suministro de alimentos es elemental, calcio, hierro, fósforo y proteínas. Todo alimento ha de estar en una forma que pueda ser transferido de la corriente sanguínea de la madre a la del feto a través de la placenta. En el momento del nacimiento, la forma en que el bebé obtiene alimento cambia repentinamente. La boca se convierte en el portal de entrada para la alimentación. A medida que el lactante aumenta de peso, incrementa su actividad y duerme menos, el volumen de leche puede ya no ser suficiente para mantener el ritmo de crecimiento óptimo. Si en este momento no se incorporan a la dieta nuevas fuentes de energía, el niño puede verse en la necesidad de recurrir a sus tejidos de reserva para satisfacer sus necesidades (Langer, 1983; en Cuadernos de Nutrición).

En el niño la actividad digestiva inicial, ingestión y deglución es diferente en los primeros seis meses que en cualquier otra época de la vida. La formación completa y permeabilidad de la luz del tubo gastrointestinal, existe en el feto a partir del cuarto mes de gestación. Los reflejos de búsqueda y succión presentes en el nacimiento, son el mecanismo del niño para encontrar y llevarse los líquidos a la boca. Lind y cols., han demostrado que en el lactante el mecanismo de mamar y deglutir comprende tres fases.

Durante la primera fase de esta actividad, la cavidad oral se encuentra separada de la faringe, mientras se va llenando de leche, por medio de la unión del velo del paladar con la base de la lengua, que forma un arco elevado. Durante la segunda fase, el niño deja momentáneamente de mamar y deglute, pasando el material a la faringe y descendiendo por el esófago. Este tiempo es reflejo en el lactante, pero se hace voluntario posteriormente. Al principio de esta fase, hay una inhibición coordinada de la respiración. Hacia el final de esta fase la vía nasal se abre y el aire

penetra en el estómago, estando la epiglotis cerrada. Durante la tercera fase, la epiglotis se levanta y penetra aire en la tráquea. El procedimiento es coordinado de tal modo que los lactantes pueden mamar en modo continuo, durante cinco o diez minutos, con una respiración regular y sin ningún peligro serio de aspiración.

La presencia del reflejo de morder y de salivación constituye la indicación para la introducción de alimentos en forma de purés. En efecto, a los tres meses de edad, los alimentos sólidos colocados en la lengua son movidos contra el paladar y de esta manera resbalan en forma pasiva hacia la faringe posterior, o bien son rechazados por el niño al levantar la lengua. La edad ideal para iniciar la introducción de alimentos sólidos es a los 3 meses; sin embargo, puede iniciarse antes (al mes), pero la finalidad es más que nada de tipo educativo, en cuanto a la identificación de sabores. A medida que se establece este tipo de actividad el reflejo de mamar en tres fases disminuye poco a poco hasta desaparecer por completo a los seis meses cuando el niño debe deglutir o respirar intermitentemente. La boca desprovista de dientes hasta la edad de 6-7 meses, limita la capacidad del lactante, y de todos modos el niño es incapaz de llevar a cabo la masticación adecuada hasta el año de edad. Este acto permite al niño comprimir los alimentos a una consistencia tal que pueda deglutirlos (Salas, 1980).

Famon y cols., (en Vega, 1983) han criticado la ablactación a edad temprana, declarándose a favor de la introducción de otros alimentos distintos a la leche, no antes del quinto al sexto mes de vida. Los argumentos que exponen estos autores se basan en que la ablactación llevada a cabo en forma prematura, favorece la obesidad al interferir con el desarrollo de hábitos que permiten al pequeño demostrar su interés o

desinterés por los alimentos. Bajo esta circunstancia antes de los cinco años de edad los niños pueden estar alimentados de manera forzada, sobrealimentándolos (Vega, 1983).

Debido a las peculiaridades fisiológicas del primer semestre de la vida, la práctica de la ablactación a una edad temprana implica ciertos riesgos para el niño.

La inmadurez neuromuscular puede ser un factor determinante de algunos problemas asociados con la deglución. No es raro que los niños ablactados antes del tercer mes presenten accesos de tos al momento que se les administren alimentos sólidos, algunas madres llegan a observar signos de dificultad respiratoria cuando una pequeña fracción de papillas deglutidas por el chico alcanza la glotis.

Por otro lado, la incapacidad del pequeño para expresar que ha saciado su hambre, da lugar a que sea "empacado de alimento" hasta que su madre lo dispone. En condiciones de madurez neuromuscular, cuando los lactantes han satisfecho su hambre, y una cucharada se aproxima a sus labios, suelen cerrar su boca y voltear la cabeza a un lado.

Si bien el concepto de obesidad pocas veces se aplica al lactante, los niños con sobrepeso, o llanamente obesos, son con frecuencia aquellos ablactados a una edad más temprana. Este hecho adquiere trascendencia años después, ya que el sobrepeso en la época de la lactancia se relaciona en forma directa con el problema de obesidad en la etapa pre-escolar.

El Comité de Nutrición de la Academia Americana de los Estados Unidos considera tres etapas en la alimentación de los lactantes. La primera es aquella en la cual son alimentados únicamente al seno materno o reciben una fórmula apropiada a sus características

fisiológicas. La segunda etapa es considerada de transición, durante ella se introducen alimentos preparados en forma especial para el niño, iniciándose de esta manera la ablactación. La última etapa corresponde a la incorporación del pequeño a la dieta familiar, en este lapso gran parte de los nutrimentos proceden de los alimentos disponibles en el hogar.

La velocidad con la cual el niño debe de ser llevado a través de estas etapas depende, tanto del grado de desarrollo neuromuscular como de la madurez fisiológica.

Si se considera el proceso evolutivo, parece razonable aceptar que la edad más adecuada para iniciar la etapa de transición ocurre entre el cuarto y sexto mes. Las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y las realizadas en algunos países industrializados, coinciden en que en términos generales, los niños no deben de recibir otro alimento distinto a la leche antes de cumplir en promedio los cuatro meses de edad.

En naciones como México, donde al lado de núcleos socialmente marginados conviven poblaciones de desarrollo cuya forma de vida es muy parecida a la que prevalece en países con un alto grado de desarrollo económico es difícil emitir recomendaciones generales acerca de la ablactación. Los estudios de crecimiento y desarrollo efectuados en medio rural de la República Mexicana e informes procedentes de otros países de América Latina y África indican que alrededor de los cuatro meses la lactancia al seno materno suele ser insuficiente para satisfacer la demanda de nutrimentos que exige el crecimiento del niño, por ello parece razonable sugerir que la ablactación se inicie en promedio, al cuarto mes de vida.

Las áreas de depresión donde se registran tasas elevadas de prevalencia de desnutrición en las madres

lactantes, la disminución en la velocidad de crecimiento del niño puede ocurrir entre el segundo y tercer mes de vida. En estas zonas es conveniente sugerir que la ablactación se inicie a los tres meses. De manera opuesta, en niños que tienen la fortuna de ser revisados periódicamente por un pediatra, la ablactación puede ser iniciada entre el cuarto y sexto mes, esto es sugerido en los países anglosajones (Vega, 1988).

Así, el abandono progresivo del pecho materno para iniciarse en las costumbres alimentarias de su familia, es un proceso a la vez crucial y difícil para el niño, que amerita una vigilancia cuidadosa y un apoyo cierto. Esta transición debe de ser gradual pero aún así implica cambios drásticos en la vida del infante.

Al dejar el seno materno no sólo deja un alimento al que se había acostumbrado sino también una serie de sensaciones placenteras que le transmitan seguridad y cariño, su incorporación en la dieta familiar, por otra parte, le exige adaptarse a nuevos sabores, texturas, aromas y horarios así como desarrollar nuevas habilidades motoras.

La ablactación debe ser practicada por la madre teniendo en cuenta que ésta cumple una doble función: nutrir al niño y educarlo en materia de alimentación. Por este motivo es necesario informarle en los siguientes puntos:

1. Recordar que los alimentos que se proporcionen al niño deberán de ser adecuados a su madurez alimentaria.
2. Instituir la ablactación en forma progresiva, para completarla a los 12 meses de edad.
3. Considerar la relación causa-efecto en materia de hipersensibilidad alimenticia. Evitar alimentos

alergénicos como clara de huevo, fresas, chocolates, nueces, pescado y mariscos.

4. Iniciar la ablactación con la introducción de alimentos de fácil acceso y fácil digestión, aumentar en forma progresiva la administración de alimentos cada vez más complejos.

5. Recordar la composición fisicoquímica de los alimentos que se van a suministrar con el fin de proporcionar aquellos de alto contenido en hidratos de carbono y bajos de agua o viceversa, de acuerdo a las condiciones nutricionales y estado clínico.

6. Evitar el abuso de alimentos considerados como de tradición popular, atoles, jugo de arroz, jugo de carne, antojitos, frijoles, etcétera.

7. No olvidar que al igual que la leche, la pureza bacteriológica de los alimentos debe ser óptima.

2.4 NUTRICION Y DESNUTRICION EN EDAD TEMPRANA; FISICO-PSICOLOGICOS.

Los principios básicos de una alimentación adecuada durante la edad pediátrica, muy especialmente en el primer año de vida, derivan del conocimiento bioquímico y fisiológico que se tengan del organismo infantil y de los nutrientes de la dieta. Es necesario un equilibrio dinámico entre los elementos nutritivos consumidos diariamente por un individuo y los que se necesitan para los procesos fisiológicos, normales, incluyendo el crecimiento y desarrollo. Tanto los excesos como las deficiencias pueden imponer al organismo una "pesada

carga". Es importante, por consiguiente, que los elementos nutritivos se suministren en cantidades apropiadas, pero no excesivas para el crecimiento y desarrollo normales.

La influencia de la nutrición sobre el crecimiento físico en los primeros años de la vida está bien documentada. Estudios en animales de experimentación han revelado que una restricción grave en la dieta materna durante el embarazo pueden afectar el crecimiento y desarrollo de la descendencia. Parece también probable que una alimentación deficiente afecte no sólo la estatura y peso sino también otros aspectos del desarrollo, incluyendo la organización entre los sentidos. En los últimos años ha recobrado particular interés la sinergia entre la desnutrición e infección.

En el pasado, los objetivos de la alimentación infantil consistían en mantener al niño vivo y fomentar su crecimiento. Barnes (1966), ha ampliado estos objetivos hasta incluir además la preservación de la vida y de un crecimiento apropiado, la ausencia de deficiencia, la capacidad de reparar las lesiones físicas, la ausencia de infección e inmunidad apropiada, desarrollo social y mental conforme al pleno potencial genético y la inhibición de enfermedades degenerativas. Griffith (1967) incluye además la coordinación neuromuscular y la estabilidad neurológica y psicológica (Salas, 1980).

El pediatra de la época actual, por lo tanto, no debe limitarse a impartir "recetas de cocina", sino que debe dominar ampliamente los principios fundamentales de la nutrición infantil, ya que de ello se deriva en gran parte el crecimiento y desarrollo. En nuestro medio, sobre todo, en donde la alimentación se ve influida por una serie de tabués, hábitos y costumbres heredadas de familia en familia a través de generaciones existe la imperiosa necesidad de efectuar una labor educacional.

Una alimentación infantil "ideal" es aquella que es suficiente, esto es, que el número total de calorías que se proporcionan llene satisfactoriamente los requerimientos energéticos del niño. Completa, debe de contener los nutrientes esenciales, hidratos de carbono, grasa, vitaminas, y proteínas proporcionados a través de la dieta y no como frecuentemente acontece en forma de preparados comerciales. El aporte proteico deberá brindar básicamente los diez aminoácidos considerados como esenciales, así mismo debe de obtener los tres ácidos grasos considerados de la misma manera. Los diversos nutrientes de la dieta se proporcionarán de acuerdo a cantidades balanceadas y a los requerimientos de cada uno de ellos en particular. Equilibrada, la formación completa y permeabilidad de la luz del tubo gastrointestinal, existe en el feto a partir del cuarto mes gestacional. En este sentido la vida extrauterina no plantea al recién nacido normal nuevos problemas, excepto la defecación, y el acto de apertura y oclusión periódica de la glotis. El recién nacido tiene tanta capacidad, como el niño mayor para digerir toda clase de alimentos (Ramírez Mayans en Salas op.cit).

Durante los primeros cuatro meses de vida, el niño duplica el peso con el que nació, la velocidad de crecimiento durante esta etapa es la más alta de la vida extrauterina y en correspondencia con ello las necesidades nutricionales son las más altas por unidad de peso. La dieta durante este periodo consiste en general, únicamente de leche materna.

En recientes estudios realizados por la División de Nutrición, se ha encontrado que en el medio rural mexicano la producción de leche materna solamente permite un crecimiento normal durante los primeros cuatro primeros meses de vida. A partir de esta edad la producción disminuye progresivamente y el niño comienza a desnutrirse.

En los siguientes ocho meses el crecimiento es de un 50% más lento, que en los primeros cuatro, ya que apenas alcanza a triplicar el peso de nacimiento (Bourges, Chávez y Arroyo, 1986).

Por otro lado, la deficiente incorporación de nutrimentos a nivel celular, se traduce en una condición caracterizada por muy variadas manifestaciones clínicas de diversa severidad, que se conoce como desnutrición. La variabilidad en su expresión obedece al efecto combinado de la deficiencia de proteínas en la dieta, con un aporte que puede ser insuficiente.

Bajo la restricción de los compuestos químicos del complejo nutrición, las células desarrollan deficientemente su función alterando como consecuencia el funcionamiento de órganos y sistemas que integran el organismo, antes de dar lugar a la aparición de lesiones anatómicas que caracterizan a esta enfermedad.

En los organismos que atraviesan por los procesos de crecimiento y desarrollo, la carencia bioquímica en las células de los tejidos hace que se manifiesten de una manera más ostensibles las alteraciones en las estructuras anatómicas y en el funcionamiento de los órganos, por lo cual esta entidad tiene una particular importancia en las primeras edades de la vida (Vega, 1983).

Así también, la valoración del papel que juega la desnutrición como causante de alteraciones en el desarrollo mental, la conducta y el aprendizaje, se complica por la presencia de un gran número de variables.

En vista de lo anterior, desde hace 20 años se seleccionó el enfoque ecológico para conducir el estudio de una falange de nacimientos, ocurridos en una comunidad donde la desnutrición del niño pre-escolar es

prevalente y donde otros factores, relacionados con la vida de los niños, tienen variaciones suficientes como para permitir análisis asociativos apropiados (Cravioto y Arrieta, 1984).

En resumen, el proyecto comprende el estudio de la totalidad de los niños nacidos en una comunidad rural, durante un año de calendario. Estos niños así como sus familiares, han sido observados detalladamente y de manera coordinada, desde el punto de vista nutricional, pediátrico, socioeconómico y en su desarrollo físico, mental y social. Hasta donde ha sido posible, se han empleado instrumentos de investigación cuidadosamente validados.

El objetivo del estudio anterior fue analizar la relación entre las condiciones que definen el cuidado del niño, especialmente la manera en que éstos afectan su nutrición y el curso de su desarrollo mental, de su crecimiento físico, de su conducta y de su aprendizaje.

La principal hipótesis de la investigación es que el desarrollo intelectual en todos los estudios, y la ejecución en la edad escolar, están relacionados con las condiciones de la nutrición y de la salud a las cuales el niño haya estado expuesto.

La estrategia general que se siguió para analizar los datos obtenidos consistió en contrastar los niveles de ejecución alcanzados por el grupo de sobrevivientes de desnutrición en edades sucesivas (NALNUT) y por grupos testigos. Uno de éstos comprende niños apareados por sexo, edad gestacional, tamaño al nacimiento (peso, talla, perímetro cefálico, perímetro abdominal, torácico, circunferencia del brazo y grosor del pániculo adiposo tricipital) organización del sistema nervioso (estimada por medio de exámen

neurológico y por la técnica de Gesell, SIMTAN). Un segundo grupo de comparación estuvo constituido por niños nacidos a término y sin patología detectable, quienes fueron apareados con los desnutridos en términos de sexo, y calificación total sobre la estimulación disponible en el hogar (SIMEST).

El desarrollo del lenguaje observado en los niños que padecieron desnutrición clínica grave antes de la edad de 39 meses (casos índice) se comparó con el desarrollo del lenguaje de los niños pertenecientes a los grupos SIMTAM y SIMEST .

El promedio de desarrollo del lenguaje, evaluado por el método de Gesell, fue muy semejante en los casos índice y en los testigos durante el curso del primer año de vida. A lo largo de este tiempo había ocurrido un solo caso de desnutrición avanzada. A medida que transcurrió el tiempo y un mayor número de niños presentó desnutrición clínica grave, se observó una diferencia entre el lenguaje de los "testigos" y el de los "índice", dicha diferencia siempre fue favorable a los niños que no habían sufrido de desnutrición clínica grave.

A los tres años de edad aproximadamente la mitad de los niños "testigos" no difirió en más de dos meses de la norma para su edad, en cambio alrededor de la mitad de los niños con desnutrición, actual o pasada, estuvo por lo menos un año y dos meses por debajo de la calificación esperada para su edad.

Tomando en cuenta que el desarrollo de conceptos (especialmente en las conceptualizaciones verbales) han sido considerada desde hace mucho tiempo, como un factor básico en el desarrollo de la inteligencia humana y que es la aparición de conceptos anti-éticos (bipolares), es un indicador temprano del desarrollo de conceptos en niños pre-escolares, se utilizó un instru-

mento diseñado por Palmer para medir el nivel de competencia en esta habilidad de los niños Nalnut y de los niños SIMTAM, a las edades de 26,31,34,52, y 58 meses de edad.

Los valores promedios de aparición de los conceptos bipolares, manifestados por el grupo SIMTAN, fueron siempre significativamente superiores a los registros en el grupo de desnutrición presente y pasada (Malmut).

En otras palabras, el nivel de competencia en la habilidad para manifestar la presencia de conceptos bipolares que se encontró en los niños durante el periodo en el que sufrieron desnutrición clínica severa, persistió aún después de su rehabilitación.

En cuanto a la desnutrición y desarrollo intersensorial, la capacidad de la corteza cerebral para integrar información que llegue de manera simultánea a través de varias vías sensoriales se reconoce como un buen indicador del desarrollo neurovegetativo del individuo. Dicho reconocimiento está basado en dos series de argumentos. El primero parte de que una evidencia considerable tanto en el campo de la psicología comparativa como en el de la fisiología evolutiva, sugiere que la emergencia de las capacidades adaptativas complejas se basa en el incremento de las comunicaciones y en la interdependencia entre los sistemas sensoriales. Varios estudios indican que la formación de respuestas condicionadas (fenómeno considerado como fundamental en el aprendizaje primario) está basada muy probablemente en el establecimiento efectivo de los patrones de organización intersensorial.

La segunda argumentación para usar la competencia intersensorial como indicador del desarrollo neurovegetativo, surge de la demostración hecha por Birch y Lefford en el sentido de que la eficiencia en las interrelaciones intersensoriales es una función de

crecimiento muy claramente definida en niños normales de seis a doce años de edad. la eficiencia de las interrelaciones entre tres sistemas sensoriales táctil, visual y cinestésico - mostraron una mejoría específica de acuerdo con la edad.

El desarrollo intersensorial se investigó explorando por medio del reconocimiento de formas geométricas, las relaciones de equivalencia que existen entre las siguientes modalidades sensoriales: visual, óptica y cinestésicas. Se adoptó el método de equivalencia por su sencillez en la aplicación y porque al mismo tiempo persiste un examen directo del funcionamiento intersensorial.

La habilidad de los niños para integrar estímulos auditivos y visuales se estudió solicitándoles la identificación de los patrones de estímulos visuales, correspondientes a patrones auditivos rítmicos. Esta tarea explora la habilidad para igualar un conjunto de estímulos auditivos, estructurados, temporalmente con un conjunto de estímulos visuales, distribuidos parcialmente.

El desarrollo de la integración intersensorial auditivo-visual fue marcadamente inferior en los sobrevivientes de desnutrición en tercer grado, Es impresionante el hecho de que ninguno de los niños que sobrevivió a la desnutrición tuvo siquiera un juicio correcto hasta los 73 meses de edad.

Por otro lado el desarrollo psicomotor de los niños desnutridos fue significativamente inferior al registrado en la falange total de nacimientos, y continuó siendo menor hasta la edad de los 48 meses, límite de sensibilidad de la técnica empleada para su medición.

Se valoraron habilidades de coordinación gruesa y fina, fuerza de los tres conjuntos de masa musculares, las extremidades superiores, las de las inferiores y las abdominales. Flexibilidad que estima la elasticidad muscular de la espalda de las extremidades inferiores y de las articulaciones intervertebrales, agilidad y velocidad, equilibrio, tanto estático como dinámico.

Los datos indican que los sobrevivientes de la desnutrición severa, de dos a cinco años después de haber sido curados clínicamente y bioquímicamente de desnutrición muestran valores significativamente inferiores en los aspectos de coordinación, fuerza, agilidad y equilibrio a los que tienen los niños de su mismo grupo étnico, con igualdad de condiciones económicas.

Por último para explorar las consecuencias que tiene la desnutrición grave sufrida a temprana edad sobre el desarrollo intelectual en la edad escolar, se han usado dos estrategias. La primera, compara los cocientes intelectuales de los niños que tienen historias documentadas de desnutrición grave con el cociente intelectual de niños pertenecientes a la misma comunidad pero sin antecedentes de desnutrición.

La otra estrategia utiliza como controles a hermanos de los niños afectados. Se supone que en la comparación entre hermanos minimiza la mayor parte de los factores demográficos.

Se han llevado a cabo estudios que muestran a medida que el niño se recupera de la desnutrición, los cocientes de desarrollo también aumentan por lo menos en la mayoría de los casos. La magnitud del incremento está en relación directa con la edad, en la que el niño sufrió el daño nutricional. Con el tratamiento médico dietético tradicional, las diferencias entre la edad cronológica y la edad en desarrollo van disminuyendo en

forma progresiva en todos los niños, con excepción de los lactantes que padecieron desnutrición grave antes de los seis meses de edad (Cravioto y Arrieta op. cit.)

De esta manera observamos que las consecuencias más importantes de la nutrición deficiente en los seres humanos es indudablemente la que afecta su funcionamiento integral, su comportamiento como un todo. Esto significa su capacidad para resolver situaciones, su actividad social, su carácter y -lo más importante- su nivel de satisfacción en la vida.

El comportamiento de un individuo es un fenómeno complejo que no sólo se conforma por él mismo, en función a su inteligencia y su carácter sino también a factores culturales propios del grupo social al que pertenecen (Chavez y Martínez 1979).

Cabe mencionar que el factor nutricional sobre las funciones cerebrales, informe de la UNESCO (Ruiz y Vaquero, 1988) muestra que la nutrición tiene una influencia directa sobre el desarrollo del cerebro, especialmente en las fases críticas iniciales, donde el encéfalo alcanza una velocidad de crecimiento máximo que depende del desarrollo posterior del sujeto (Ruiz y Vaquero, op. cit.).

2.5 LACTANCIA COMO COMPLEMENTO A LA ESTIMULACION TEMPRANA

En varias ocasiones se ha señalado la importancia que tienen los primeros años de vida para el desarrollo ulterior del ser humano. Durante este periodo el crecimiento físico, incluida la mayor diferenciación del sistema nervioso central posibilitan el aprendizaje de

una manera más acelerada que en cualquier otra etapa de la vida; de aquí que actualmente sea un hecho aceptado que los repertorios establecidos durante la primera infancia determinarán la adquisición de los repertorios posteriores de cada individuo.

El estudio de los primeros años de vida, se ha enfocado desde diferentes posturas teóricas por ejemplo: psicoanálisis (Freud, 1933), normativo (Gessell y Amatruda, 1947), cognoscitivo (Piaget, 1969), y conductual (Bijou y Baer, 1969); interconductual (Kantor y Smith, 1975), en donde todas ellas coinciden en señalar los efectos negativos que tiene la estimulación deficiente durante el periodo infantil, ya que ésta ha sido asociada a daños ulteriores en áreas específicas (Rodríguez y Vidales, 1987).

En estudios más recientes se han enfocado las investigaciones al aislamiento de variables importantes como lo son la calidad del ambiente físico, estrato socioeconómico, roles familiares, aspectos transculturales y otros más de no menor importancia. Todos ellos con la finalidad de proporcionar mejores condiciones a los niños en sus primeros años de vida, bajo el rubro de estimulación temprana.

Conviene aclarar que en la literatura inglesa, la utilización de los términos estimulación temprana y estimulación precoz había sido en forma indistinta, para referirse a una misma situación. En los países de habla española, se empezó a utilizar el término de estimulación precoz para denominar programas de prevención secundaria para niños de alto riesgo biológico establecido o probable, es decir, orientados a contrarrestar el efecto de un daño orgánico establecido (por ejemplo, Síndrome de Down) o prevenir la aparición de una alteración en niños que, por sus antecedentes negativos de embarazo o parto, tenían una alta probabilidad que éste se produjera. En estos

casos, el término precoz se justificaría como una intención de destacar que la intervención debe hacerse antes de que la alteración se agudice más o antes de que aparezcan los signos de un daño eventual. Los programas de estimulación se ampliaron posteriormente para incluir las intervenciones dirigidas a niños de alto riesgo ambiental, es decir, sujetos que nacen biológicamente sanos, pero que, debido a las características negativas del medio en que crecen, requieren de una intervención para que su desarrollo no se vea afectado. A estas intervenciones, por extensión del concepto, se les siguió llamando programas de estimulación precoz. Podría argumentarse que en este caso el término precoz se refiere también a que la intervención debe hacerse antes de que ocurra el eventual retraso de etiología ambiental. Consideramos, de igual forma que Montenegro (1978), que el término que describe más propiamente la serie de acciones encaminadas a disminuir o eliminar los factores que tienen que ver con el retardo, es el de estimulación temprana; y más aun creemos que la estimulación temprana es una estrategia de intervención.

Así, la estimulación temprana es "el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuados y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generan en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo" (Montenegro, 1978, pag. 2; citado en Rodríguez y Vidales op. cit.).

La estimulación temprana se fundamenta básicamente para su aplicación, en la plasticidad que presenta el

cerebro humano y la importancia que tiene la presencia de objetos y personas, en los primeros años de vida del ser humano.

En base a las investigaciones realizadas, se ha dejado de considerar a la infancia como un mero proceso de transición de una etapa "no formal" a una formal. Se ha demostrado que los primeros años de la vida son la base fundamental para el desarrollo ulterior del individuo, y así también, que si el niño no recibe la estimulación necesaria para un sano desarrollo, esto se verá reflejado en una serie de inhabilidades que se hacen más evidentes con el paso del tiempo. Se ha encontrado que niños estimulados desde su nacimiento han logrado el mejor desarrollo orgánico y funcional de su sistema nervioso y de sus órganos de contacto y de intercambio con el mundo exterior, además de un equilibrio adecuado en su crecimiento físico, emocional e intelectual. De los primeros seis años de vida del niño se le debe dar primordial importancia a los dos iniciales. También es en esta etapa (0 a 2 años), la más propicia para determinar algunos déficits que tenga el niño, ya sea de orden perceptivo, motor, intelectual, orgánico o ambiental, así como para ejercer las acciones necesarias para resolver ese déficit o crear mecanismos de defensa y de aprendizaje que permitan en lo posible habilitarse para la vida futura (Naranjo, 1981). Los dos años de vida del menor son importantes no solo por las medidas que se puedan tomar, sino porque inclusive hay cambios de tipo estructural.

En una investigación reciente, realizada en la Universidad de Chicago, se indica que el cerebro tiene mayor número de células nerviosas a la edad de dos años y de este momento en adelante comienza a disminuir. En unos trabajos de investigación de niños que mueren a una corta edad y tienen una edad cronológica casi idéntica, pero distinta exposición al medio ambiente, se ha encontrado que muestran un desarrollo diferente:

el infante que nació y sobrevivió pero murió después tuvo mayor oportunidad de experimentar el medio externo, presentaba un cerebro más desarrollado. Así demuestra que el cerebro no solamente es un órgano que funciona biológicamente, sino que cambia y se adapta como consecuencia de las impresiones y experiencias ambientales (Shonkoff, 1986). A este respecto, Tjossen (1981), menciona que en sus investigaciones ha encontrado que las fibras nerviosas crecen hacia los puntos de excitación, o de estimulación que tiene que ver con la emisión de órdenes a la organización de la estructura cerebral. Esto toma gran relevancia en el momento de trabajar con niños que presentan un retraso mental a consecuencia de alguna lesión cerebral.

Uno de los primeros estudios más conocidos, sobre la importancia de la estimulación temprana, es el de Iowa Child Welfare Research Station, el cual se implementa en Estados Unidos de Norte America (1938); en el se demostraba como los niños retardados mejoraban notablemente al ser atendidos en hogares adoptivos, fuera de las instituciones comunes de asistencia (Montenegro, 1979).

Los estudios de Goldfard (1943 Montenegro, 1978) y Spitz (1945 en op. cit.), sobre el papel tan importante que juega la madre en el primer año de vida del niño, fueron determinantes, ya que se dejó ver que la ausencia de ésta, repercutía en el desarrollo de la inteligencia y personalidad del niño.

Haciendo una recopilación de los estudios a esa fecha Bowlby (en 1951) concluye que el niño en sus primeros años de vida requiere de una atmósfera emocionalmente cálida y de desarrollar una relación con su madre. Y si esta relación no se da, se produce una serie de trastornos severos y en algunos casos irreversibles.

Dos estudios llevados a cabo en Suecia por DeChateau y Wiber, refuerzan el concepto de que el contacto temprano de la lactancia como parte de la estimulación temprana produce conductas más afectuosas en las madres. Es importante que en estas investigaciones se señale, que los niños reían más y lloraban menos que los que no tuvieron contacto temprano en la lactancia, concluyéndose que este contacto contribuyó a reforzar patrones positivos de interacción, tanto en la madre como en el niño.

Bernal y Richard, estudiando 77 diadas madre-hijo durante los primeros 10 días de vida y posteriormente, mediante visitas domiciliarias, a las 14, 20, 30 y 56 semanas, encontraron que las madres que amamantaron a sus hijos mostraron mayor tendencia a besar, mecer y sobre todo a tocar a sus hijos, que aquellas madres que alimentaron con biberón en los primeros 10 días post-parto. La tendencia al contacto físico fue mayor en las madres que alimentaron al seno, se encontró aproximadamente hasta los siete meses, desapareciendo posteriormente.

El recién nacido puede iniciar la interacción por medio del llanto; se sabe que el llanto de los niños hace que las personas encargadas atiendan sus necesidades y estén cerca de ellos. El llanto característico de dolor parece evocar una conducta estereotipada de los adultos que asegura la ayuda al niño.

A las pocas horas de nacido, el niño es capaz de ver, enfocar, seguir objetos, personas y exhibir preferencias visuales. Algunas evidencias sugieren que los niños recién nacidos están especialmente interesados en la cara humana. Esta capacidad visual del neonato es muy importante para el origen de las relaciones sociales.

El niño recién nacido, fija su atención más fácilmente al sonido de la voz o a sonidos que semejen

la voz humana que a sonidos o tonos puros. En los primeros dos días de vida un niño en estado de alerta activo, se mueve más sincrónica y rítmicamente con el hablar articulado del adulto que con ruidos grabados o con la misma voz humana si hace sonidos no articulados. La respuesta a la voz femenina, que es mayor que la masculina, es capaz de desarrollar en el recién nacido preferencia por la voz de la madre, esta interacción con la voz de la madre biológica puede reforzar la interacción verbal posterior.

Al parecer el neonato también es capaz del reconocimiento olfatorio, entre los cinco y los diez días de edad vuelve selectivamente su cabeza hacia el seno húmedo de su propia madre (Arrieta y Cravioto, 1983).

Esto nos demuestra que el niño es un ser con un gran potencial y por lo tanto podemos obtener frutos positivos en la relación que se da en la lactancia como primer paso para una estimulación temprana positiva ya que abarca alertando y desarrollando todos los sentidos del niño: olfato, vista, tacto, oído, gusto y su aspecto emocional que en este periodo es determinante para su personalidad.

El mayor número de horas que permanece despierto el niño según se va desarrollando, su capacidad para reaccionar más rápidamente a estímulos sensoriales y para enfocar una porción mayor del mundo, son sintomáticos de la ampliación de horizontes a que va estando expuesto. Durante las primeras semanas de la vida comienza a reconocer rostros, a recordar voces y a mostrarse sensible a su entorno social. Pero el desarrollo no es sencillamente un despliegue de capacidades innatas que son practicadas según los variados efectos del medio ambiente. Donde juega un papel muy importante el psicólogo como guía al hacer conocer este

aspecto importante en el desarrollo de cualquier ser humano en los primeros días de vida "estimulación temprana" (Macfarlane, 1985).

CAPITULO 3

TECNICAS UTILIZADAS EN PROGRAMAS DE LACTANCIA

En la etapa actual es imperativo identificar las condiciones objetivas que inclinan a las mujeres a amamantar a sus hijos o desistir de hacerlo. La simple información de las ventajas de la leche materna parece ser suficiente para cambiar las tendencias, pero sólo entre las mujeres instruidas de las sociedades industrializadas. No sólo tienen mejor acceso a los nuevos conocimientos y prácticas sino que también sus condiciones de vida las situan en una mejor posición para la lactancia. Es principalmente en este grupo donde la alimentación al pecho ha aumentado de modo significativo en los últimos años.

Entre las condiciones objetivas requeridas para que la lactancia se facilite en todos los estratos de la sociedad hay infraestructura que apuntan a la reducción de los obstáculos y coacciones que deterioran la motivación de alimentar a sus hijos y hacen parecer difíciles las actuales condiciones de lactancia.

Aunque sumamente importante, la legislación apropiada en cuanto a permiso de maternidad, horarios flexibles, habitaciones para la lactancia y guarderías en las cercanías o en el propio lugar de trabajo en el caso de empresas que emplean un determinado número de mujeres, constituye sólo una condición previa. La legislación no es suficiente en sí misma y, en los

países en desarrollo, afecta a menudo únicamente al pequeño porcentaje de mujeres que trabajan para ganarse la vida en el sector moderno.

Las condiciones sociológicas, económicas y culturales que facilitan o impiden el amamantamiento no han recibido suficiente atención de los investigadores ni se conocen bien. La diversidad de tendencias y prácticas en la lactancia que se encuentran en la encrucijada de la biología y la cultura no permite afirmaciones generales exentas de riesgos. Lo que en una sociedad parece constituir un obstáculo importante, en otra surte poco efecto o ninguno en absoluto. Sin embargo, elementos como la desnutrición de la madre, el exceso de trabajo y la falta de tiempo, parecen ser siempre factores obvios de influencias.

En resumen, la cuestión de la alimentación al pecho es parte integrante del problema central de la condición de las mujeres, es decir, los múltiples papeles que les asignan la sociedad sin proveerlas siempre de los medios para desempeñarlos.

¿Qué tipo de programas y de servicios de apoyo pueden facilitar la lactancia?

3.1 PROGRAMAS PROPUESTOS POR UNICEF EN APOYO AL AMAMANTAMIENTO.

Desde hace muchos años, en diversas regiones del mundo en desarrollo, el UNICEF coopera en diferentes actividades y servicios en favor de la lactancia materna y de prácticas apropiadas de alimentación complemen-

taria. A medida que las situaciones evolucionan, son necesarias nuevas acciones. Algunos de los programas propuestos por el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) en apoyo de la lactancia se resumen al principio de la primera parte sobre " Aspectos generales de la alimentación al pecho". El estudio de Jacob Matthai ilustra todas las actividades que el UNICEF puede llevar a cabo con un gobierno y otras instituciones a fin de promover la lactancia materna.

?Por qué es la leche humana superior a cualquier otro tipo de alimento infantil? Friyani E. Soysa, profesora de Pediatría de la Universidad de Colombo, en Sri Lanka, y presidenta del Grupo Asesor sobre Nutrición Materna e Infantil del CAC-SCN (Programas a Nivel Internacional de la OMS), estudia las ventajas que, tanto para el niño como para la madre, tiene la alimentación al pecho en los países en vías de desarrollo.

La promoción del amamantamiento debería ir siempre acompañada de consideraciones para la nutrición materna. Kusum P. Shah, profesora de obstetricia y Ginecología en Bombay, revisa la actual literatura sobre nutrición materna en vecindarios pobres. Examina sucesivamente las necesidades nutricionales antes del embarazo y durante de éste, así como los requerimientos adicionales para la lactación. Kusum P. Shah diseña algunas áreas de acción para mejorar la condición nutricional de las mujeres dentro de un enfoque de participación comunitaria.

?Cuáles han sido algunos de los factores responsables del descenso del amamantamiento en las naciones industrializadas? Elisabeth Helsing, quien en 1968 fundó en su país una organización de mujeres para promover la alimentación al pecho, es actualmente una conocida especialista en nutrición de la Dirección

General de Salud Pública, en Oslo. En su análisis de la evolución de las prácticas de alimentación del infante en Europa septentrional, muestra que el descenso en la lactancia estuvo relacionado principalmente con las prácticas hospitalarias, las actitudes del personal de salud, la ignorancia en el manejo cotidiano del amamantamiento y las prácticas de comercialización de las compañías productoras de fórmulas lácteas para infantes. La alimentación al pecho es, ante todo, responsabilidad de las mujeres. Al evocar factores de elección e influencia y el lugar de la lactancia en las políticas nacionales de nutrición.

A fin de que el personal de salud pueda proporcionar la información y la ayuda necesarias a las madres Michel Péchevis, del Departamento de Enseñanzas del Centro Internacional de la Infancia y secretario general de la Asociación para la enseñanza de la Pediatría en Europa, analiza cuáles son los momentos críticos de la decisión en lo que se refiere a la lactancia materna y su duración y propone, en consecuencia, algunas medidas que pueden incorporarse en los programas de formación en distintas categorías del personal de salud. Sin embargo, la promoción de la lactancia materna depende no sólo de la adquisición de conocimientos sino también de actitudes.

En la segunda parte, sobre "Programas en varios países para promover la lactancia", se presentan cuatro estudios de casos, dos de Iberoamérica y dos de Asia.

Jacob Matthai, Oficial Superior de Programas del UNICEF, describe el Programa Nacional Brasileño de Lactancia Materna iniciado en marzo de 1981 por los ministerios de Salud y Bienestar social de Brasil para invertir la corriente de abandono de la lactancia materna. Los grupos objetivos son los médicos, los servicios de salud, los hospitales, la industria de alimentos infantiles, los empleados, las autoridades,

las comunidades y las propias madres. Basado en un análisis previo de los factores que influyen negativamente en la lactancia, este programa polifacético se propone sensibilizar, informar y promover la creación de las condiciones conducentes a una venturosa lactancia.

Atkin, Jefa del Servicio de Psicología y Desarrollo Infantil del Instituto Nacional de Perinatología-DIF de México y Jorge Armando Reyes Herrera, cirujano y pediatra del mismo Instituto describen, en base a una experiencia de cinco años, la práctica del alojamiento conjunto en dicha Institución dedicada a la atención de embarazos y partos de alto riesgo. Muestran cómo es posible crear un ambiente que favorece la relación madre-hijo, fomentar la participación activa del padre y transformar la estancia hospitalaria puerperal en una oportunidad extraordinaria para iniciar un proceso de educación para la pareja y así dar el mejor comienzo para el nuevo miembro de la familia. Este conjunto de factores crea para la pareja condiciones que favorecen la continuación de la lactancia en el hogar.

Si bien en la última década se realizaron numerosos estudios en Estados Unidos e Iberoamérica acerca de los saludables beneficios del amamantamiento son pocos, en cambio, los que hay disponibles de Asia.

Natividad Relucio-Clavano, Jefa de Pediatría del Hospital General de Baguio, en Filipinas, introdujo el alojamiento conjunto y la promoción sistemática de la crianza al pecho. Se obtuvieron espectaculares resultados en términos de índices de aumento de lactancia y disminución de morbilidad infantil. En los apéndices de su estudio señala el tipo de servicios requeridos por un hospital en situación análoga, con objeto de proporcionar condiciones favorables a la alimentación al pecho.

Anand, profesor de Pediatría en Bombay, presenta también un original e innovador estudio de caso sobre la promoción del amamantamiento en un Hospital. Su trabajo se enfoca en el proceso que él y algunos de sus colegas siguieron para producir este cambio en su unidad hospitalaria y, luego, en los esfuerzos emprendidos para lograr resultados similares en otras instituciones médicas. También describe los métodos adoptados para mantener la lactancia ante los problemas comunes como, por ejemplo, enfermedad de la madre, regreso al trabajo, etcétera. Se subrayan los ahorros hechos por el hospital con el alojamiento conjunto y la alimentación al pecho.

En la tercera parte sobre "Investigación reciente en áreas pobres" Henri-L. Vis, profesor de Pediatría en la Universidad Libre de Bruselas, y Philippe Hennart y Migabo Ruchababischa, miembros del equipo del CEMU-BAC (Centro Científico y Médico de la Universidad Libre de Bruselas en sus Acciones de Cooperación) y de uno de los equipos nacionales participantes del Estudio en Colaboración con la OMS (Organización Mundial para la Salud) acerca de la Lactancia Natural, aportan importantes resultados de investigación sobre la cuestión de la suficiencia de la cantidad de leche materna en madres severamente desnutridas. El equipo del CEMUBAC encontró que, en las zonas de miseria en Kivu, el peso promedio de las mujeres aumenta durante el embarazo en sólo 2 a 3 kgs., contra 12.5 en las mujeres europeas debidamente nutridas. Además, la cantidad de leche producida por dichas mujeres depende mucho de los alimentos que ingieren, los que a su vez están sometidos a variaciones estacionales. Para suplementar su insuficiencia láctea, las madres introducen en la nutrición de sus hijos alimentos locales a una edad sumamente temprana, con los siguientes riesgos de diarrea y parasitosis para infantes. Por medio de diversos diagramas, los autores presentan la compleji--

dad de los factores que interactúan sobre la condición nutricional de la madre y del infante y sobre el proceso de lactación. También subrayan las grandes variaciones que pueden encontrarse en los patrones de alimentación al pecho en las zonas rurales, dependientes de la distancia entre el hogar y el campo y de la ingestión de alimento.

Zewdie Wolde Gebriel, director del Instituto Etíope de Nutrición, resume los resultados de dos encuestas realizadas tanto en áreas urbanas como rurales en 1976-1977 y de nuevo en 1981, acerca de tendencias en la lactancia y en la introducción de alimentos complementarios. El autor subraya, asimismo, las recomendaciones hechas como resultado de una reunión interinstitucional organizada en Etiopía para discutir la promoción del amamantamiento.

Estas son las principales actividades del UNICEF como podemos observar el programa se divide en tres partes: 1) Aspectos generales de la alimentación; 2) Programas en varios países para promover la lactancia; y 3) Investigaciones recientes en áreas pobres. Es evidente que cuentan con gente muy preparada y están en constante investigación, abarcando diferentes lugares del mundo.

3.2 DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL.

Dentro de las políticas reestructuradores dependientes de la Subdirección de Control y Supervisión de Hospitales Materno Infantiles y Unidades Medicas en Reclusorios está el prioritario interés de continuar con Programas básicos como son: "Lactancia Materna", "Planificación Familiar" y "Registro Civil del Recién Nacido".

El acelerado abandono de la práctica de la lactancia materna en el ámbito urbano y semi-urbano se ha constituido en preocupación constante para el grupo de administradores de la salud, debido al considerable riesgo que representa para algunos grupos vulnerables.

Los Hospitales Materno Infantiles dependientes de esta Dirección General no fueron la excepción a este tipo de comportamiento, por lo que la Subdirección de Hospitales Materno Infantiles se comprometió a llevar a cabo un Programa de Promoción a la Lactancia Materna que dio inicio en abril de 1987, tomando como Hospital piloto al "Nicolas M. Cedillo", y posteriormente, se implementó en los siete hospitales restantes.

Para cubrir estas necesidades se diseñó una infraestructura de apoyo que básicamente consistió en el favorecimiento del alojamiento compartido, cierre del conero fisiológico, integración del binomio madre-hijo, cancelación del abastecimiento de leches maternizadas, motivación de los trabajadores de la salud y un subprograma de Educación para la salud orientado a todo el público usuario.

Durante el transcurso del primer año se pudo apreciar un avance significativo en los patrones de conducta del personal médico y paramédico de la mayoría de los hospitales, sin embargo, es preciso reconocer que estos cambios de actitud se han venido dando de manera paulatina y no sin algunos tropiezos en su evolución, ya que la modificación de conceptos sobre el manejo del neonato de mediano y bajo riesgo ha creado polémicas entre los especialistas responsables de su manejo.

A lo largo de las visitas de supervisión a los Hospitales Materno Infantiles se pudo observar el desarrollo del Programa a través de la revisión de los

informes de las actividades de educación para la salud, entrevista directa a las madres, material educativo, número de fórmulas, etcétera.

El análisis del comportamiento en cada hospital dio la pauta para dividir los hospitales en tres grupos; los de baja, mediana y alta respuesta al Programa quedando la distribución como sigue:

BAJA RESPUESTA

- GINECO 2
- NICOLAS M. CEDILLO
- CUAUTEPEC

MEDIANA RESPUESTA

- MILPA ALTA
- MAGDALENA CONTRERAS

ALTA RESPUESTA

- TOPILEJO
- TLAHUAC

De cada una de estas categorías se eligieron algunos hospitales por considerarlos más representativos para el estudio, dichos hospitales fueron: "DR. NICOLAS M. CEDILLO", "MAGDALENA CONTRERAS", "TOPILEJO", y "TLAHUAC".

Los resultados de este estudio descriptivo arrojaron datos importantes sobre la inoperancia del Programa que fueron utilizados para priorizar actividades de reforzamiento.

El presente documento es una conjunción de todas estas experiencias en los hospitales, contempla aspectos como la asignación de responsabilidades en el área médica y paramédica, delinea algunas actividades enca-

minadas a fortalecer el Programa de educación para la salud en el área de la lactancia y establece mecanismos de control tendientes a concretar el objetivo básico que es incrementar este tipo de práctica.

OBJETIVOS:

GENERAL

Reforzar metodológicamente las acciones encaminadas a promover la lactancia materna en los Hospitales Materno Infantiles.

ESPECIFICOS

- Promover la Lactancia materna en todas las Unidades Hospitalarias dependientes de esta Dirección General.

- Propiciar un acercamiento temprano en el binomio madre-hijo a través de la lactancia.

- Divulgar las ventajas de la lactancia materna entre el personal de salud y el público usuario.

- Calendarizar actividades de educación para la salud en los hospitales.

UNIVERSO DE TRABAJO

Binomio madre-hijo que sea atendido en los Hospitales Materno Infantiles de la Dirección General de Servicios Médicos del D.D.F.

LIMITES

De tiempo: 15 de Marzo de 1989 al 1o. de septiembre de 1989.

De espacio: Los Hospitales Materno Infantiles: CUAUTEPEC, NICOLAS M. CEDILLO, GINECOOBSTETRICIA 2, MAGDALENA CONTRERAS, MILPA ALTA, TOPILEJO, Y TLAHUAC, dependientes de esta Dirección General.

ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA

TRABAJO SOCIAL:

Calendarización de pláticas sobre lactancia materna dentro de la Programación General de Actividades del Servicio.

Realización de un periódico mural en coordinación con el Servicio de Medicina Preventiva, de manera continua, cambiando mensualmente el contenido para hacerlo atractivo al público usuario.

Proponer la inclusión de los temas de "Lactancia Materna" y "Registro Civil" en la forma SIES-4 (Informe Mensual de actividades de salud).

Elaboración de por lo menos tres rotafolios como medio auxiliar de enseñanza sobre cuidados mínimos del recién nacido, lactancia materna y registro civil.

ENFERMERIA:

Programación de pláticas formales sobre "Lactancia Materna" a toda la población femenina que acude a atención de parto.

Registro de estas actividades una vez por turno y remisión al concentrado mensual de actividades de educación para la salud.

Sustento de estas pláticas con rotafolios y/o material de apoyo para captar el interés de las madres.

Realización de todas estas actividades con la periodicidad necesaria a fin de que todas las madres reciban información.

CUERPO DE GOBIERNO:

Favorecer todas las actividades tendientes a favorecer la integración del binomio madre-hijo, específicamente a través de la lactancia.

Incluir dentro de sus rutinas de supervisión interna, la verificación del seguimiento del programa.

Responsabilizar al Subdirector Médico como coordinador del Programa y de su continuidad en la Institución debiendo comunicar cualquier problemática que interfiera en su veraz cumplimiento.

Abastecer y/o promover los recursos mínimos necesarios para el veraz funcionamiento del programa.

RESULTADOS

Hasta la fecha en estos hospitales no se usan formulas lacteas, sólo el seno materno, aunque realmente nunca se han llevado a cabo las pláticas como se propusieron y las que se dan son por medio de una televisión y un videocassette y sólo hacen énfasis en las ventajas físicas y nutricionales, dejando a un lado el aspecto psicológico, muchas veces sin buenos resultados (Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del D.D.F., 1989).

3.3 OTROS PROGRAMAS

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) no han establecido programas rígidos para estimular la lactancia materna. Sin embargo, el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) ha hecho protocolos de investigación para abordar de una manera adecuada la lactancia.

El Protocolo fue el siguiente: "Diseño e implementación de un programa de educación sobre alimentación, lactancia y cuidado materno-infantil a mujeres en periodo perinatal asistentes al Hospital Materno Infantil de Ginecoobstetricia de los Servicios Medicos del Departamento del Distrito Federal (Agosto, 1988).

Los objetivos fueron los siguientes:

GENERAL

- Diseñar, implementar y evaluar un programa de educación sobre alimentación y cuidado materno-infantil dirigido a mujeres en el periodo perinatal asistentes al Hospital Materno Infantil de Ginecoobstetricia de Servicios Medicos del Depto., del D.D.F.

ESPECIFICOS

- Caracterizar al personal hospitalario que está en contacto directo con las mujeres que están en periodo perinatal que asisten al Hospital Materno Infantil Ginecoobstetricia de Serv. Med. del Depto. del D.D.F.

- Caracterizar, por medio de una encuesta piloto a la población constituida por mujeres en periodo

perinatal materno infantil de Ginecoobstetricia de Serv. Med. del Depto. de. D.D.F.

- Diseñar un programa de capacitación sobre alimentación y cuidado materno-infantil que se dirija al personal que impartirá los cursos posteriormente, a las mujeres que acudan al hospital materno-infantil de ginecoobstetricia del Depto. del D. F.

- Diseñar un programa, incluyendo material didáctico, sobre alimentación y cuidado materno-infantil que se impartirá a las mujeres en periodo perinatal del hospital materno infantil de ginecoobstetricia de Servicios Medicos del Depto. del D. F.

- Capacitar al personal hospitalario que se encargará de impartir cursos a las mujeres en periodo perinatal.

RESULTADOS

A la fecha no se han publicado los resultados, así que no se sabe si lograron cubrir sus objetivos.

Estos son algunos de los programas que se están manejando o que se han querido implementar, pero podemos observar que nunca manejan el aspecto psicológico como determinante de la lactancia, de hecho en algunas instituciones ni siquiera existen programas. Además es importante mencionar que son pocos los psicólogos que se encuentran incluidos en estos trabajos.

CAPITULO 4

ESTUDIO PILOTO SOBRE LACTANCIA

4.1 ESTUDIO SOBRE LACTANCIA APLICADO A UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL D. D. F.

El tema de estimulación afectiva en la relación madre-hijo en el proceso de lactancia fue elegido en este trabajo por la necesidad de resaltar la importancia de la afectividad en dicha relación. En los Hospitales de la Ciudad de México, se han llevado a cabo pláticas sin resultados sobresalientes por parte del personal médico de dichas Instituciones. Por lo anterior es necesario que se aborde dicho tema ya que es determinante para el desarrollo ulterior del ser humano y es una de las funciones en la cual lleva un papel fundamental el psicólogo.

Para tal fin, se llevó a cabo un estudio piloto justificando así la implementación del curso "Estimulación afectiva en la relación madre-hijo durante el proceso de lactancia", el cual tuvo como objetivo general, por medio de pláticas, el revalorar la importancia psicológica de la relación madre-hijo durante el proceso de lactancia. Para tal fin se utilizó un cuestionario (Anexo 1) cuya aplicación fue llevada a cabo a 50 madres primigestas y 50 multigestas de entre 15 y 30 años de edad, a fin de detectar la significación del hecho de lactar para la madre mexicana y qué representa este hecho en relación con su hijo.

Los resultados obtenidos no mostraron diferencias en respuestas entre madres primigestas y multigestas, así que éstos fueron analizados conjuntamente:

En la figura 1 se puede observar el número de mujeres que piensan lactar con seno materno a su hijo. Las razones por las que justifican hacerlo las podemos observar en la figura 2, predominando la razón de salud física.

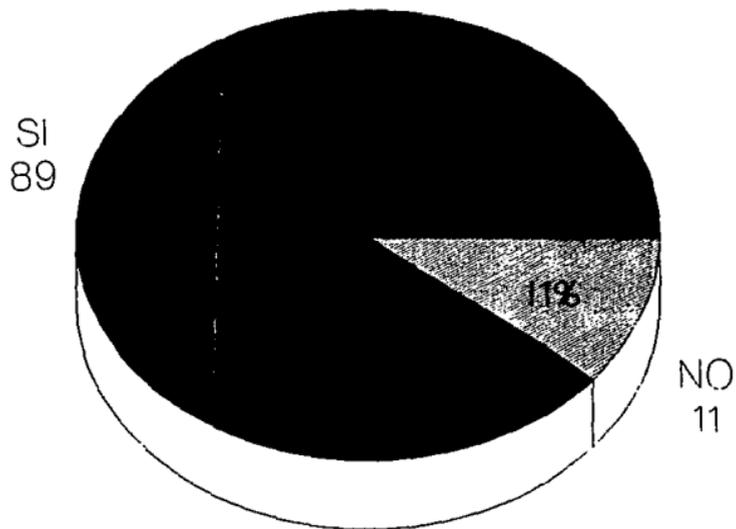
En la figura 3 se muestra la importancia que representa el hecho de lactar para las madres. Así también en las figuras 4 y 5 se observa el significado que tiene para ellas el poder dar seno materno a su bebé, y tomarse en cuenta como protagonistas.

Finalmente se les preguntó si es que consideran que el niño se desarrolle de igual manera con leche materno que con otro tipo de leche y sus respuestas las podemos observar en la figura 6.

Con lo anterior podemos observar que se le da poca importancia al hecho de lactar en este grupo, escasamente significa interacción afectiva madre-hijo, es visto entonces, en general como un "deber", y/o un cuidado únicamente de salud física del bebé.

Observando los resultados anteriores, se vio la necesidad de implementar el curso mencionado y realmente mostrar y demostrar la importancia y necesidad afectiva en la relación madre-hijo y la participación del psicólogo en esta área.

MADRES QUE LACTAN



ESTUDIO PILOTO FIGURA 1

RAZONES DE LACTANCIA MATERNA

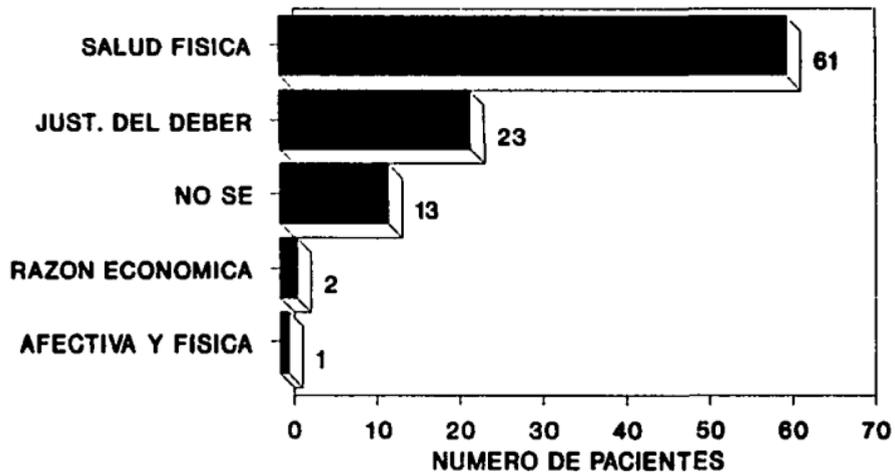


FIGURA 2

ESTUDIO PILOTO

IMPORTANCIA DE LA LECHE MATERNA

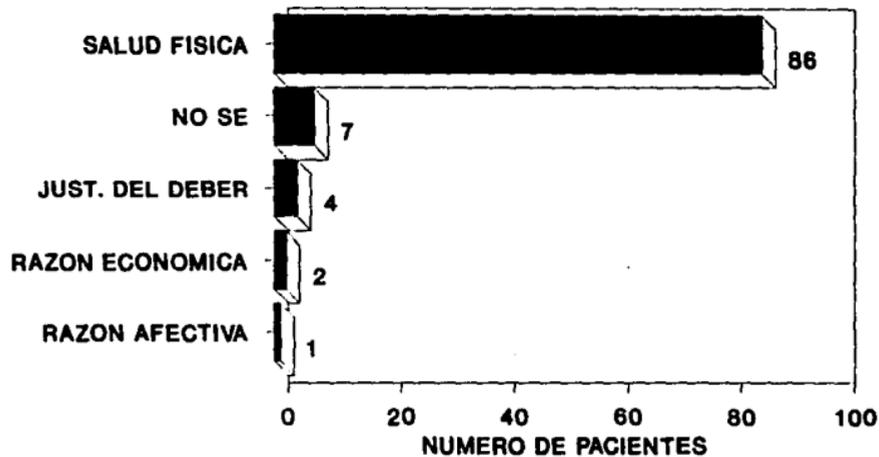
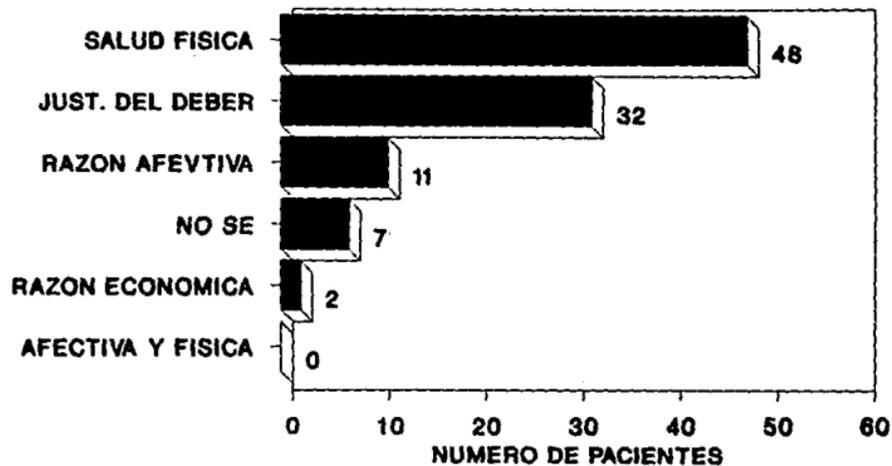


FIGURA 3

ESTUDIO PILOTO

SIGNIFICADO DE LACTAR AL BEBE



■ FIGURA 4

ESTUDIO PILOTO

SIGNIFICADO DE NO LACTAR AL BEBE

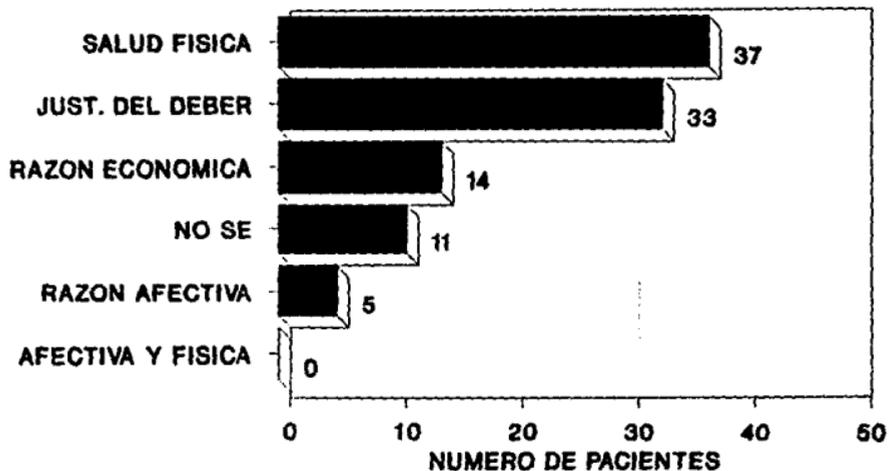
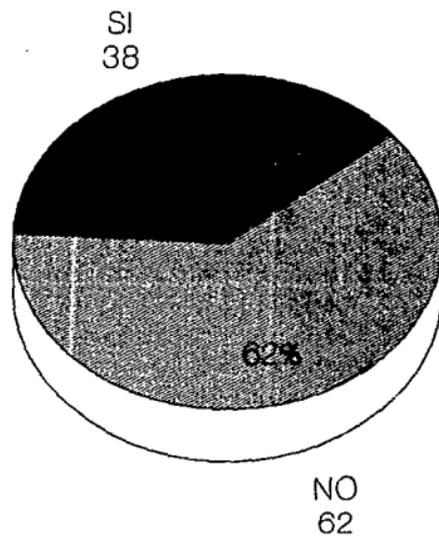


FIGURA 5

ESTUDIO PILOTO

DIFERENCIA ENTRE LECHE MATERNA Y OTRAS



ESTUDIO PILOTO

FIGURA 6

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO 5

METODO

La elección de los sujetos se basó en la facilidad de poder aplicar un proyecto en el Hospital Materno Infantil Inguarán del D.D.F. , donde previamente se había realizado un estudio piloto a mediados de 1991, detectando en ese entonces la carencia de un programa que estimulara la relación madre-hijo al momento de efectuar la lactancia.

El procedimiento elegido tomó en cuenta no únicamente el proporcionar conocimientos acerca del tema a la madre, sino hacer a la participante un ser activo dentro del curso, para que realmente pudiera interpretar sus deseos, inquietudes , experiencias y conocimientos adquiridos del programa del mismo curso, con la finalidad que los implementara con su hijo. De esta manera fue más fácil el evaluar los resultados de la intervención del psicólogo, en el proceso de estimulación afectiva en la relación madre-hijo durante el amamantamiento.

Dicho programa fue elaborado teniendo como antecedente, que el dar únicamente pláticas manteniendo a la participante como un ser pasivo, no ha mostrado ser una buena técnica.

SUJETOS:

Se trabajó con 60 mujeres (Primigestas y Multi-gestas) de nivel socioeconómico bajo, con edades entre 15 y 35 años, las cuales se encontraban en su 8o. y 9o. mes de embarazo y que asistían a Consulta Externa al Hospital Materno Infantil de Inguarán.

MATERIALES:

Se utilizó un cuestionario (Anexo 1) para recabar información sobre los puntos de vista acerca de la lactancia materna, el cual sirvió como pre-test y post-test. Además del programa del curso que describe las técnicas y el material utilizado para cada plática (anexo 2).

Además de los materiales didácticos:

Acetatos
Diapositivas
Gises
Borrador

APARATOS:

Proyector de acetatos
Proyector de diapositivas
Cámara fotográfica
Cámara de video.

DISEÑO EXPERIMENTAL:

Se llevó a cabo un "diseño de comparación estática con pretest" (Castro, 1990).

Este diseño tuvo la característica de elegir 2 grupos (1 experimental y 1 control) con la finalidad de aplicar un pretest que sirviera de base para comparar la equivalencia en ambos grupos, ya que las preguntas del pretest (anexo 1) nos proporcionan información en general, sobre las conductas y actitudes de la mujeres hacia la lactancia. De esta manera se compararon las respuestas de antes y después del tratamiento en ambos grupos y entre ellos.

Las variables fueron las siguientes:

- V.I. Impartición del curso.
- V.D. Estimulación afectiva en la relación madre-hijo en el proceso de lactancia.

SITUACION EXPERIMENTAL:

Hospital Materno Infantil Inguarán ubicado en Congreso de la Unión y Estafío S/N. Col. Felipe Angeles.

EVALUACION:

Se llevaron a cabo 2 tipos de evaluación.

1) Evaluación de observación directa sobre la afectividad, midiendo en ambos grupos en el proceso de lactancia (5 minutos antes de la aplicación del post-test y durante el mismo): contactos físicos (caricias, abrazos, roces intencionales, besos); No. de sonrisas dirigidas al bebé; tipo de comportamiento (acercamiento o alejamiento del bebé, miradas directas o evasivas; verbalizaciones, todo ello por medio de fotografías.

2) Se compararán cuantitativamente los pre-test y pos-test de ambos grupos en los tipos de respuestas englobadas previamente.

PROCEDIMIENTO

Se captaron 60 mujeres embarazadas que se encontraban en el octavo o noveno mes de embarazo, que asistían a Consulta Externa en el Hospital Materno Infantil Inguarán a fin de formar 2 grupos con 30 mujeres cada uno.

A cada grupo se les aplicó un pre-test (Anexo 1) con la finalidad de conocer lo que significa el proceso de la lactancia para ellas. Posteriormente, al grupo experimental (a su vez se dividió en 2 subgrupos para los momentos de implementación del curso), se les aplicó el curso durante 3 días con una duración de 1:30 hrs., cada uno, sobre la importancia de la afectividad en el proceso de lactancia. Se llevó a cabo el seguimiento en cada una de las mujeres hasta el momento del parto para aplicar el pos-test (mismo anexo), para considerar el efecto que tuvo el curso.

Por su parte, el grupo control tuvo de la misma manera seguimiento y la aplicación de el mismo pre-test, posterior al momento del parto.

Cabe mencionar que el curso contempló en cada una de las actividades, la técnica de retroalimentación (participación) la cual consistió en que cada una de las asistentes al curso aportara sus puntos de vista y experiencias y esto a su vez, sirviera de retroalimentación al resto del grupo.

CONSIDERACIONES:

- Se grabaron en videocasset las sesiones de impartición del curso.
- Se tomaron fotografías de el comportamiento de las madres en ambos grupos en el proceso de amamantamiento.

CAPITULO 6

RESULTADOS

Analizando los resultados, en la figura 7 podemos observar como la mayoría de las pacientes se mostraban a favor de la lactancia materna. En el grupo experimental en ambos tanto en el pretest como en el posttest todas las pacientes se mostraron a favor de la lactancia materna.

En cuanto a la justificación que dan al hecho de amamantar a su bebé, en la figura 8 podemos observar como el grupo control tanto en el pretest como en el posttest se inclinan por una justificación de salud física (para que crezca fuerte y no se enferme) y en ningún caso toman en cuenta el factor afectivo. En cambio en el grupo experimental observamos que en el pretest las respuestas eran más variadas aunque se seguían inclinando por una justificación de salud física y una mínima parte daba una razón afectiva. En el posttest hubo un gran cambio en los resultados y se le dio más importancia a una razón afectiva y física pero en conjunto.

Por otro lado al tiempo en que les gustaría amamantar se muestra en la figura 9 no hubo gran diferencia en el grupo control entre el pretest y posttest. De igual manera en el grupo experimental en el pretest y el posttest fue igual.

De esta manera la importancia que le dan a la leche materna lo podemos observar en la figura 10 y

encontramos que el grupo control en el pretest y el postest se inclinaba la mayoría a dar una razón de salud física. En cambio en el grupo experimental en el pretest la mayoría del grupo dieron una razón de salud física pero en el postest dieron una razón afectiva y física.

Así en la figura 11 el significado que la lactancia tiene para el grupo control, mencionaron el factor de salud física, respondieron "no se", en el pretest y en el postest dieron el mismo tipo de respuestas. En comparación con el grupo experimental en el pretest mencionaron el factor de salud física y "no se", en cambio en el postest dieron una razón afectiva, una razón afectiva y física y nadie respondió "no se".

En la figura 12 podemos ver las respuestas al hecho de que significaría el no poder amamantar al bebé se inclinaron hacia una razón de salud física en cambio en el postest dieron una razón de salud física y una razón del deber. En el grupo experimental en el pretest dieron una razón de deber, una razón física y en el postest la mayoría dieron una razón afectiva y el y la otra parte una razón afectiva y física.

Las respuestas que dieron los grupos al preguntar si el bebé se desarrolla igual con la leche materna que con otro tipo de leche las podemos observar en la figura 13 y es evidente como el grupo control en el pretest y en el postest respondieron que no, en cambio en el grupo experimental la mayoría dijeron que no en el pretest y en el postest todas dijeron que no.

Asimismo, pudo detectarse mediante la observación directa que el tipo de contactos físicos varió enormemente del grupo control al grupo experimental, esto se

observa claramente en la figura 14. No se consideró contacto físico cuando únicamente daban pecho al bebé sin tocarlo o cuando lo hacían únicamente por acomodarlo para alimentarlo.

Podemos observar que los contactos físicos fueron manifestados en mayor proporción únicamente en el grupo experimental.

En el número de sonrisas detectadas en el período de observación en ambos grupos fue de la misma manera sumamente discrepante, pues, sólo en las señoras del grupo experimental se dio este tipo de conductas.

Dentro del tipo de comportamiento manifestado por ambos grupos de señoras hacia su bebé (como acercamiento o alejamiento del bebé, y/o miradas directas o evasivas), en el grupo control se observó únicamente la mirada directa hacia el bebé, pero generalmente por la necesidad de amamantarlo, además de que algunas de ellas se alejaban o alejaban al pequeño de su pecho.

En el grupo experimental, en todos los casos hubo acercamiento del bebé hacia ellas, y la mitad de ellas les platicaban o hablaban al momento de lactarlos.

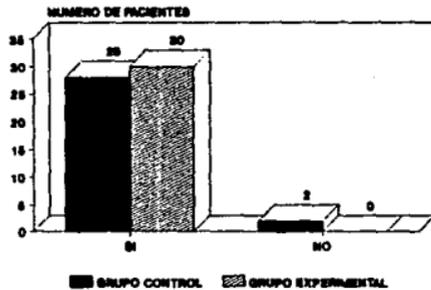
Podemos observar en la fotografía No. 3 (paciente 3 y 4) del grupo control, a 2 pacientes platicando en el momento de la lactancia, despertando sonrisas al parecer motivadas por la misma plática, y no dirigidas al bebé.

Es importante mencionar que los comentarios realizados por las mismas pacientes respecto al curso recibido fueron satisfactorios debido a que en general, a la relación madre-hijo no daban una real importancia (esto se observa en comentarios del propio anexo 1).

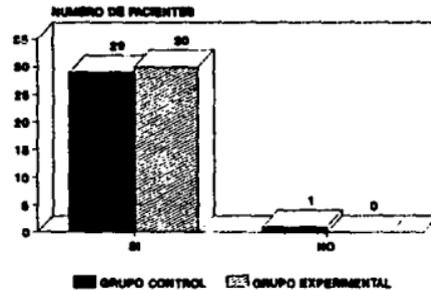
Así entonces se observó que ambos grupos en la realización del pretest, tenían mismos tipos de respuestas encaminadas a justificar una razón de salud física, de deber o económica y sólo una mínima parte retomaban el valor afectivo. Para los momentos del postest, el grupo control no varió sus respuestas a diferencia del grupo experimental, dado que en sus respuesta fue retomado el factor afectivo o éste en combinación de una razón de salud física.

Todo lo anterior nos demuestra que la intervención fue efectiva ya que los cambios entre el grupo control y experimental fueron muy relevantes.

MADRES QUE LACTAN



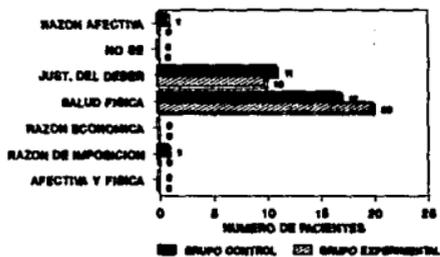
PRETEST



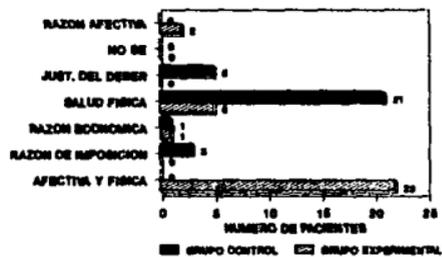
POSTEST

FIGURA 7

RAZONES DE LA LACTANCIA



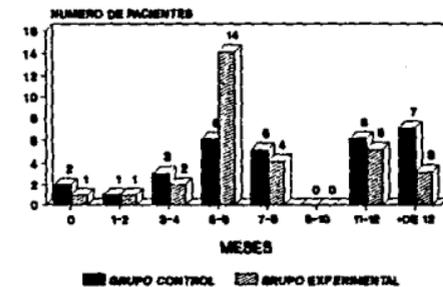
PRETEST



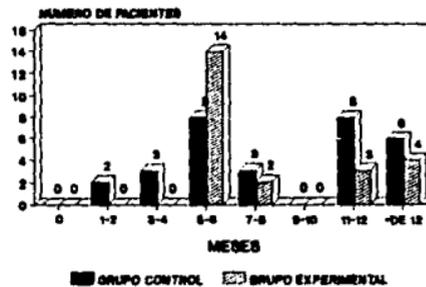
POSTEST

FIGURA 8

TIEMPO QUE DURA LA LACTANCIA



PRETEST



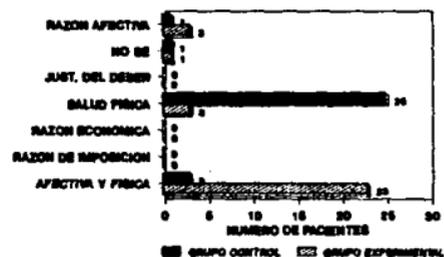
POSTEST

FIGURA 9

IMPORTANCIA DE LA LECHE MATERNA



PRETEST



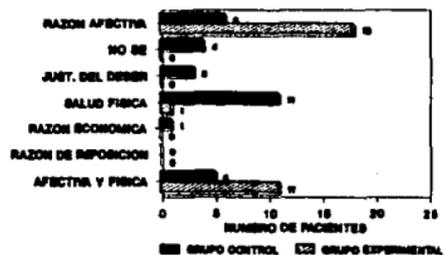
POSTEST

FIGURA 10

SIGNIFICADO DE LACTAR



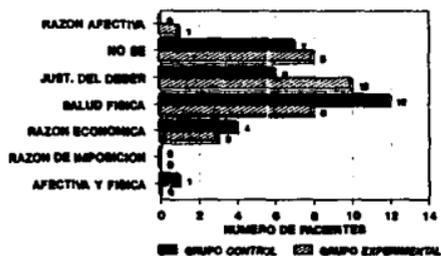
PRETEST



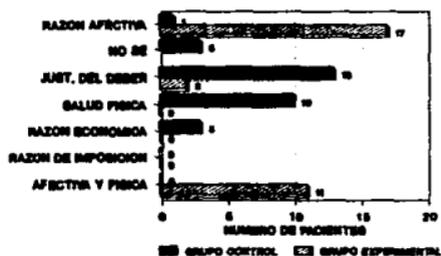
POSTEST

FIGURA 11

SIGNIFICADO DE NO LACTAR



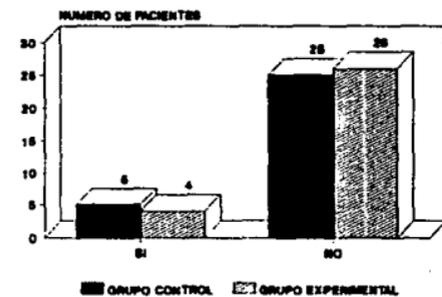
PRETEST



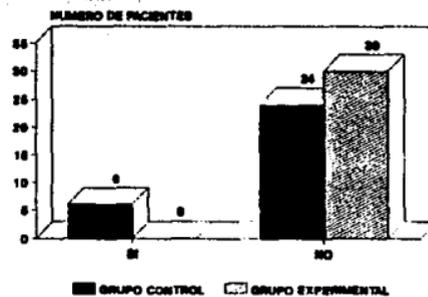
POSTEST

FIGURA 12

DIFERENCIA ENTRE LECHE MATERNA Y OTRAS



PRETEST



POSTEST

FIGURA 13

AFFECTIVIDAD EN LA LACTANCIA

CONDUCTAS EFECTUADAS

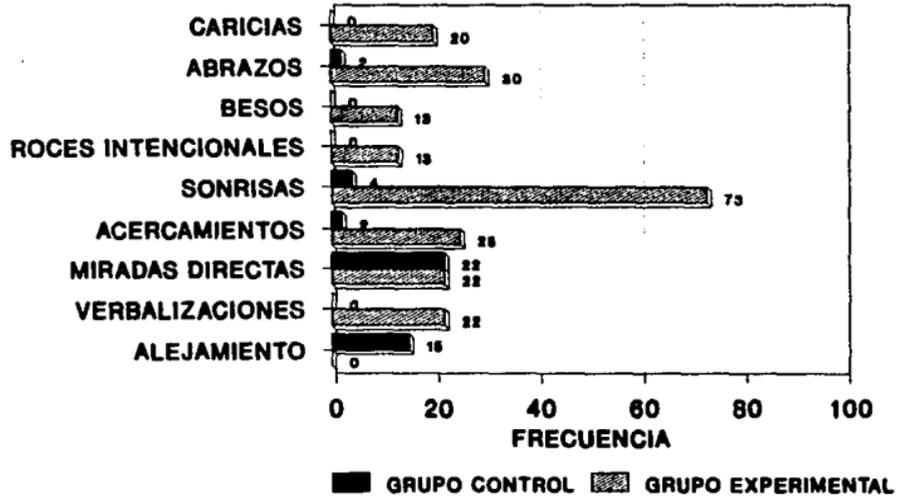


FIGURA 14

CAPITULO 7

CONCLUSIONES

Un niño desde el momento en el que es concebido, el ambiente en que vive, y todas las características genéticas que posee, interactúan para producir un ser humano completo. El que las capacidades con las que nace puedan moldearse para convertirse en útiles herramientas o queden atrofiadas, dependerán sobre todo del medio y de la familia que lo rodean. Así, la determinación de los actos humanos es influenciada por la familia y el ambiente social en el cual se educa al niño.

La vida empieza en el momento de la concepción, nueve meses antes del nacimiento, y el ambiente prenatal, puede alterar significativamente el desarrollo potencial del niño quien depende de la madre para su nutrición de la madre sobre la condición nutricional de los infantes es profundo, y es por ello que la salud futura de la humanidad depende en alto grado de la condición nutricional de las madres.

El comienzo de la vida a partir de la fecundación, el brote de una personalidad desde los primeros instantes no solamente necesita de alimento y cuidados sino también mucho amor.

Una madre libre de angustia y depresión nerviosa proporcionará un ambiente adecuado al niño que espera.

Como se ha comentado a partir del segundo trimestre del embarazo, la mujer siente los primeros movimientos del bebé en los cuales comienza entre ella y su hijo un diálogo singular, que terminará en apariencia con el nacimiento, pero que en realidad continuará toda la vida.

Posterior a esta etapa (prenatal) sigue la lactancia, la cual consiste en criar y alimentar con leche, constituyendo una transición entre la alimentación intrauterina y la alimentación "definitiva" discontinua y activa.

La lactancia es un periodo crítico en la vida, ya que el organismo del mamífero recién nacido es muy vulnerable dada la relativa inmadurez del aparato digestivo, riñones, de su sistema nervioso y en general de su metabolismo. Este proceso, de lactar, prácticamente insustituible, sin embargo, las limitaciones fisiológicas del recién nacido van desapareciendo, maduran sus funciones y sus necesidades nutricionales van cambiando cuantitativa y cualitativamente, por eso, en determinado momento, la lactancia debe de terminar.

Aunque parezca extraño, la alimentación al seno materno requiere de un preparativo aún siendo un proceso natural. La hipófisis y los ovarios se turnan para estimularse entre si y producir un ciclo de hormonas que preparan al útero para el embarazo en caso de que el huevo quede fertilizado y necesite un lugar para anidar. Cuando el embarazo es iniciado se producen hormonas que estimulan el crecimiento de las glándulas mamarias, sin embargo, la forma y tamaño del seno materno nada tiene que ver con la cantidad de leche que produce la mujer. El calostro, el líquido de importantes anticuerpos para el bebé, empieza a producirse a partir del segundo mes de embarazo y para la segunda mitad de la gestación, la placenta comienza a producir

prolactina, una hormona que provoca el crecimiento ulterior de los sacos productores de leche y la excreción de la misma.

Al principio la leche se prepara sin importar que el niño succione o no los senos, pero la producción continua de la leche dependerá de la estimulación frecuente y regular de los senos por parte del bebé.

La leche materna se considera el alimento ideal para el recién nacido y, a pesar de los adelantos en la tecnología de los alimentos, ninguna leche es capaz de reemplazar con ventajas a ésta.

Inmunológicamente hablando, la leche humana ni siquiera ha podido ser imitada, pues la sola circunstancia de ser administrada directamente sin intervención de ningún proceso que la desnaturalice, le confiere el carácter de alimento vivo, riquísimo en factores tanto humorales como celulares, indispensables para que el recién nacido afronte con éxito su adaptación inumológica a la vida extrauterina. Esta leche protege al niño contra algunas enfermedades infecciosas, alérgicas y síndromes de mala absorción intestinal, proporciona resistencia contra enfermedades de las vías respiratorias.

Por otro lado, en el aspecto económico la alimentación con biberón, es de 2 - 3 veces más costosa que la alimentación materna, la alimentación de un bebé puede consumir cuando menos un 20% del presupuesto familiar. El costo de la lactancia materna se basa únicamente en el costo de los alimentos adicionales necesarios para alimentar a la mujer que amamanta durante el embarazo y la lactancia.

Dentro del aspecto psicológico, la alimentación al seno materno, da lugar a un complejo intercambio de estímulos gratificantes entre la madre y el niño. La

relación afectiva emocional generada por esta función biológica trasciende en la madre reforzando su conducta maternal a la vez que fomenta en el niño su crecimiento somático y un adecuado desarrollo psicológico.

Es curioso pero, el contacto madre-hijo minutos después del parto favorecen la calidad de la conducta maternal propiciando una evolución más satisfactoria durante el primer año de vida, esto a diferencia del contacto físico realizado después de haber transcurrido 12 hrs., después del parto.

Dado lo anterior podemos enfatizar que el amamantamiento temprano puede favorecer la continuidad de la lactancia e interacción cara a cara con trato más delicado hacia los hijos.

Así también, la lactancia materna, además de ayudar a la madre a superar la separación brusca de su hijo, sirve al niño para mitigar el efecto del nacimiento. Por un lado, la lactancia materna reestablece la intimidad y cercanía con la madre, mientras que por otro lado, la separación paulatina que ocurre en el destete permite al bebé tener una experiencia de separación menos repentina y abrupta que la ocurrida en el nacimiento.

Es difícil cuantificar los efectos psicológicos de la alimentación materna en la madre y en el niño, pero la estimulación sensorial temprana en la madre producida por el contacto físico con el niño, constituyen un factor favorable en la alimentación al seno. Esta alimentación al seno refuerza los estímulos auditivos, táctiles y visuales que enriquecen a ambos.

Aunado a lo anterior, enfatizamos en una alimentación infantil "ideal", es decir, completa, equilibrada y de acuerdo a la capacidad del infante.

Durante los primeros cuatro meses de vida, el niño duplica el peso en el que nació, consistiendo su dieta únicamente en la leche materna. En los siguientes ocho meses el crecimiento es de un 50% más lento, pues solamente triplica el peso del nacimiento, en esta etapa inicia el proceso de ablactación.

Del otro lado de la moneda, comentando las consecuencias de niños con nutrición deficientes propiciada por escasa o mala calidad en el proceso de lactancia, insuficiencia en la ablactación y en general en su alimentación, diversos estudios concluyen que esto afecta su funcionamiento integral y su comportamiento como un todo, es decir, la capacidad para resolver situaciones, su actividad social, su carácter y por ende su nivel de satisfacción en la vida.

Dada la importancia que tienen los primeros años de vida en el desarrollo ulterior del ser humano, la lactancia materna es considerada como complemento a la estimulación temprana.

La calidad del ambiente físico, estrato socioeconómico, roles familiares, aspectos transculturales y otros, son proveedores de condiciones (mejores o peores) para los niños durante sus primeros años de vida.

Así la estimulación temprana es "el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuados en el contexto de situaciones de variada complejidad para lograr una relación dinámica con el medio ambiente y un aprendizaje efectivo". El cerebro no solamente es un órgano que funciona biológicamente, sino que cambia y se adapta como consecuencia de las impresiones y experiencias ambientales.

Con todo esto, observamos que el niño es un ser con un gran potencial y por lo tanto podemos obtener frutos positivos en la relación que se da en la lactancia como primer paso para una estimulación temprana positiva, ya que participa alertando y desarrollando todos los sentidos del niño, olfato, vista, tacto, oído, gusto y su aspecto emocional que en este periodo es determinante para su personalidad.

En el presente escrito se trataron programas de lactancia propuestos por; UNICEF, D.D.F., y otros, de los cuales se observo lo siguiente.

Los estudios realizados fueron enfocados principalmente a la concientización de la aplicación del proceso de lactancia, dada la importancia que tiene para el desarrollo físico del niño, sin embargo, ninguno de ellos justifica la labor o implementación de programas a fin de resaltar el beneficio que esto implica en el sentido psicológico.

Por ello, se llevó a cabo un estudio piloto que nos permitiera justificar el objetivo general de la estimulación afectiva en la relación madre-hijo durante el proceso de lactancia, donde fue palpable el escaso valor que se le otorga a este proceso como "interacción afectiva madre-hijo", ya que se detectó dicha actividad solamente como un "deber" y un "cuidado de salud física". En este sentido, se demostró la importancia y necesidad de la intervención del psicólogo en el proceso de concientización de la importancia de lo que este trabajo lleva como título: "Estimulación afectiva en la relación madre-hijo durante el proceso de lactancia".

Se implementó un estudio contando con grupo experimental y control, donde fue significativa la diferencia de respuestas posttest entre ambos grupos,

dando un gran valor e importancia (1er. grupo) al proceso de lactancia después del curso, como complemento de estimulación temprana, así como de la labor de salud psicológica aunado al de salud física.

Las comparaciones en el tipo de respuesta fueron verdaderamente significativas ya que no se le da la importancia que merece el factor emotivo (afectivo) principalmente por la ignorancia del papel que esto juega y en el curso no se les convencio si no que se les enseñó y demostró lo necesario que este factor y no que únicamente la gente se preocupe por su salud física.

Es importante mencionar las características del curso ya que fue totalmente participativo, desapareciendo mitos y dando respuesta a las inquietudes de las madres, y en este sentido, fue sumamente importante la intervención del psicólogo ya que nos interesa ver a las personas tomando en cuenta todos sus factores necesarios para su desarrollo, que ha sido el inconveniente de otros cursos ya que sólo se enfocan al factor físico como se mencionó anteriormente.

Así la impartición del curso a madres de entre ocho y nueve meses de embarazo de nivel socioeconómico bajo, logró implementar la estimulación afectiva en la relación madre-hijo en el proceso de lactancia dados los resultados manifestados en el postest por las madres del grupo experimental.

El tipo de relación afectiva que existió durante este proceso marcó notadas diferencias entre el grupo control y el grupo experimental ya que las primeras, como se observó anteriormente, no emitieron contactos físicos, sonrisas y/o verbalizaciones hacia su bebé durante el proceso de lactancia además de que sus

respuestas al no variar entre el pretest y postest se inclinaron en su mayoría a una razón de salud física y en otros de los casos de "deber".

Por su parte en el grupo experimental los contactos físicos, sonrisas y verbalizaciones fueron incrementados en comparación con el grupo anterior.

De esta manera podemos concluir que la función del psicólogo en este tipo de programas es decisiva puesto que el factor de salud física en este periodo y en este proceso es sumamente importante y no debe de ir desligado del factor afectivo determinante en el desarrollo integral del individuo.

Es claro ver entonces que los efectos del curso "Estimulación afectiva en la relación madre-hijo en el proceso de lactancia" fueron relevantes de acuerdo a la evaluación realizada durante este proceso.

Es muy importante tomar en cuenta que desde el momento de la concepción, la base genética de la psicología del niño se establece de una vez y para siempre: cuanto está contenido en la dotación única de 46 cromosomas obtenidos a partir de sus padres, ya no puede ser alterado. Si la psicología individual estuviese enteramente determinada de un modo genético, la historia del desarrollo se detendría aquí. Pero no sucede así, y es precisamente aquí donde vuelve a retomar un papel muy importante el Psicólogo puesto que este es su campo y que mucha gente desconoce.

Todo lo que se desarrolló en esta tesis nos muestra el camino tan grande e importante que se tiene en la psicología ya que nos dimos cuenta que aunque muchas cosas parecen meramente naturales no es así y siempre se necesita de un profesional que informe de manera adecuada y además al único profesionista que le interesa el aspecto emocional es a los psicólogos y es importante que se de a conocer la problemática que se puede desencadenar cuanto éste falta como ya fue demostrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ARRIETA R., Cravioto J. (1983). Lactancia materna análisis crítico. México. Ediciones Medicas del Hospital Infantil de México.
- ATKIN, L. (1988). Psicología en el ámbito perinatal. México. Instituto Nacional de Perinatología.
- BECK, A. (1977). Práctica de Obstetricia. México. La Prensa Medica Mexicana.
- BOURGES H, Chavez A. y Arroyo F. (1986). Recomendaciones de nutrimentos para la población mexicana. México. Intituto Nacional de Nutrición.
- BOURGUES, H. (1990). Los motivos de la lactancia en: Cuadernos de Nutrición. Vol. 13 No. 3. México Instituto Nacional de Nutrición.
- CARBAJAL de G. Ma. (1985). La alegría de amamantar. Bogota, Colombia. Norma.
- CASTRO (1990). Diseños estadísticos no paramétricos. México. Trillas.

- CHAVEZ A. Y MARTINEZ C. (1979). Nutrición y Desarrollo Infantil. México. Interamericana.
- CERQUEIRA, N. A. (1987). Hábitos de Lactancia en México en: Cuadernos de Nutrición. Vol. 10 No. 1. México. Instituto Nacional de Nutrición.
- CRAVIDO, J. y Arrieta J. (1984). Desnutrición y desarrollo mental en: Cuadernos de nutrición, Vol. 7 No 3. México. Instituto Nacional de Nutrición.
- DEMAREST, R. J. (1979). Concepción, Nacimiento y Anticoncepción. México. McGraw-Hill.
- DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL D.D.F. (1989). Programa de seguimiento de la Lactancia Materna. México. D.F.S.M.D.D.F.
- DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL D.D.F. (1990). Leche materna . . . el mejor comienzo en la vida. México. D.G.S.M.D.D.F.
- GASKIN, I. M. (1987). Tu bebé en tu pecho una liga de amor. México. Pax-México.
- GILLHAM, G., y PLUNKETT, K. (1984). Desarrollo Infantil: Desde la concepción a la edad escolar. España. Morata.

- HASS, K. (1978). Psicología de la vida humana. México Pax-México.
- LACERVA, V. (1983). Lactancia Materna. México. Manual Moderno.
- LANGER, A. (1983). La alimentación durante el primer año de vida en: Cuadernos de Nutrición Vol. 6 No. 10. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.
- MACFARLANE A. (1985). Psicología del nacimiento. España Bruner.
- MALDONADO, V. S. (1976). Ensayos sobre orientación sexual para México y Latinoamérica. México. Diana.
- MANDL, P. E. (1987). Alimentación al pecho, el mejor comienzo para la vida. México. Pax-México.
- MIRA Y L. E. (1979). Psicología evolutiva del niño y del adolescente. Buenos Aires. El Ateneo.
- MENDIOLA, B. H. (1988). Protocolo de Investigación Interinstitucional. México. INPer.
- MONTENEGRO, H. (1978). Consideraciones generales sobre estimulación temprana en: Bralick, 1978. Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Nueva York. Unicef.

- NARANJO, c. (1981). Algunas lecturas y trabajos sobre estimulación temprana. México. Unicef.
- PERNOLID, L. (1990). Espero un hijo. Buenos Aires. Vergara.
- PRITCHARD, J., MAC DONALD, P. (1980). Williams. Obstetricia. España. Salvat.
- RODRIGUEZ, A. y VIDALES, F. (1987). Estimulación temprana. México. ENEP-Iztacala UNAM.
- RUIZ, L. M. Y VAQUERO, C. C. (1984). La importancia de la prevención para el retardo en el desarrollo. México. ENEP-Iztacala.
- SALAS, A. M. y cols (1980). Síndromes pediátricos. Fisiología, Clínica y Terapéutica. México. Prensa Médica Mexicana.
- SCHULTZ, W. L. y MUNOZ, L.F. (1977). El libro de la madre y el niño. Barcelona. Dance.
- SCHWARCZ, S. D. (1977). Obstetricia. Argentina. Ateneo.
- VEGA, F. L. (1983). Alimentación y Nutrición en la Infancia. México. Francisco Méndez Cervantes.

- VEGA, F. L. (1988). Porqué, como y cuando iniciar la ablactación en: Cuadernos de Nutrición, Vol. 11 No. 4. México. Publicaciones del Intituto Nacional de la Nutrición, CONASUPO.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
I Z T A C A L A

LACTANCIA MATERNA

EL PROPOSITO DEL PRESENTE CUESTIONARIO ES CONOCER SU OPINION ACERCA DE LA ALIMENTACION AL SENO MATERNO. LA INFORMACION QUE AQUI SE MANEJE SERA DE CARACTER CONFIDENCIAL.

NOMBRE _____

EDAD _____

EDO. CIVIL _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

NO. DE HIJOS _____

NO. EXPEDIENTE _____

TIPO DE PARTO _____

1.- LE DA PECHO A SU BEBE?

SI _____

NO _____

2.- POR QUE?

3.- A QUE EDAD LE GUSTARIA DEJAR DE DARLE PECHO A SU BEBE?

4.- POR QUE?

5.- CUAL CREE QUE SEA LA IMPORTANCIA DE DAR LECHE MATERNA A SU BEBE?

6.- QUE SIGNIFICARIA PARA USTED PODER DAR LECHE MATERNA A SU BEBE? Y POR QUE?.

7.- QUE SIGNIFICARIA PARA USTED EL NO PODER DAR LECHE MATERNA A SU BEBE? Y POR QUE?.

8.- CREE USTED QUE SU NINO SE DESARROLLARA IGUAL SI TOMA LECHE MATERNA QUE OTRO TIPO DE LECHE?

SI -----

NO -----

9.- POR QUE?

COMENTARIOS:

GRACIAS POR SU COLABORACION.

NOTA: ESTE CUESTIONARIO SE UTILIZO
COMO PRETEST Y POSTEST.

C U R S O

TITULO: ESTIMULACION AFECTIVA EN LA RELACION
MADRE-HIJO EN EL PERIODO DE LA LAC--
TANCIA.

DURACION: 3 SESIONES DE 1:30 HRS., CADA UNA.

ELABORADO POR: AVILA REYES MIRIAM ARACELI
PEREZ VEGA MARISELA

DIRIGIDO A: MUJERES DE ENTRE EL 8o. y
9o. MES DE EMBARAZO.

TEMA I. DESARROLLO PRENATAL

DURACION: 1:30 HRS.

OBJETIVO PARTICULAR:

RECONOCERA LA IMPORTANCIA DE LA RELACION MADRE- HIJO ANTES Y DURANTE EL MOMENTO DEL PARTO.

SUBTEMAS

1.1 VALORIZACION DE LA MUJER COMO MADRE.

Se dará una breve plática a las mujeres embarazadas del grupo, con la finalidad de elevar el autoestima, reconociéndose como mujeres y reconociendo en ellas el valor de estar formando un nuevo ser y llegar a ser madres; es decir, elevar la estimación y dignidad de ellas.

TECNICA: Explicativa.

1.2 PROCESO DE DESARROLLO DEL BEBE DESDE LA CONCEPCION HASTA EL PARTO.

Se llevará a cabo una amplia explicación acompañada de diapositivas sobre los cambios físicos y psicológicos que se desarrollan en la mujer, así como los cambios que va sufriendo el producto (embrión, feto)mes a mes desde la concepción hasta el momento del parto.

TECNICA: Proyectiva y Explicativa

REC. DIDACTICOS: proyector de diapositivas y diapositivas.

1.3 RELACION MADRE-HIJO EN EL DESARROLLO PRENATAL

Se les explicará la importancia de la alimentación en ellas, su salud, edad, manera de vivir, experiencias y deseos para tener al bebé considerando sus pláticas y actividades dirigidas a él.

Se propiciará la participación de las asistentes preguntándoles de manera directa y de manera grupal sus puntos de vista en cada tema.

TECNICA: Explicativa

REC. DIDACTICOS: Proyector de diapositivas y diapositivas.

NOTA: CABE SENALAR QUE AL INICIO DE CADA SESION LAS INSTRUCTORAS ENTREGARAN UNA TARJETITA A LAS PARTICIPANTES PARA QUE EN EL TRANSCURSO DE LA PLATICA ESCRIBAN SUS DUDAS Y AL FINAL LAS DEPOSITEN EN UN BUZON PREVIAMENTE ESTABLECIDO. ESTO CON LA FINALIDAD DE CONOCER SUS INQUIETUDES DEL TEMA Y RESPONDER A SUS DUDAS EXPUESTAS.

TEMA 2. LACTANCIA

DURACION: 1:30 HRS.

OBJETIVO PARTICULAR:

RECONOCERA LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA EN LOS ASPECTOS NUTRICIONAL Y PSICOLOGICO (AFECTIVO).

SUBTEMAS

2.1 ASPECTO NUTRICIONAL EN EL PROCESO DE LACTANCIA.

Se guiará una participación abierta a fin de reflexionar sobre la importancia nutricional del lactante resaltando el proceso de lactancia.

TECNICA: Proyectiva, Explicativa y Participativa
REC. DIDACTICOS: Proyector de diapositivas y diapositivas.

2.2 EFECTO PSICOLOGICO DE LA LACTANCIA EN LA RELACION MADRE-HIJO.

Se continuará con la técnica anterior, guiando la dinámica a fin de resaltar los factores psicológicos (afectivos, de seguridad, de identificación) en la relación madre-hijo.

TECNICA: Proyectiva, Explicativa y Participativa.
REC. DIDACTICOS: Proyector de Acetatos y Acetatos.

TEMA. 3 CONSECUENCIAS

DURACION: 1 HRS.

OBJETIVO PARTICULAR:

DISTINGUIRA LA IMPORTANCIA DE LA RELACION MADRE-HIJO (ESTIMULACION TEMPRANA) Y LAS REPERCUSIONES DE LA FALTA DE LA MISMA.

SUBTEMAS

3.1 EFECTOS DE LA CARENCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA.

Se llevará a cabo dinámica participativa llamada "Destinos Diferentes", consistente en presentarle acetatos de dibujos comparativos del crecimiento de un niño con estimulación temprana y otro carente de ella, reflexionando sobre los efectos de cada una de ellas.

TECNICA: Proyectiva, Explicativa y Participativa.
REC. DIDACTICOS: Proyectos de Acetatos y Acetatos.

3.2 CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE LACTANCIA.

Continuando con la dinámica anterior, se enfatizará sobre el papel de la lactancia en la estimulación temprana considerando las posibles consecuencias de la falta de ésta.

NOTA: LA SESION SE INICIARA RESPONDIENDO A LAS DUDAS MANIFESTADAS EL DIA ANTERIOR, PROCEDIENDO A LAS DUDAS QUE SURJAN EN EL MOMENTO.

TEMA 4. RECOMENDACIONES

DURACION: 30 MINUTOS.

OBJETIVO PARTICULAR.

DESCRIBIRAN TECNICAS PARA MEJORAR EL PROCESO DE LACTANCIA.

SUBTEMAS;

4.1 RECOMENDACIONES

Se llevará a cabo una explicación mediante diapositivas sobre técnicas que podrán apoyarlas en su proceso de lactancia.

TECNICA: Proyectiva y Explicativa

REC. DIDACTICOS: Proyectos de diapositivas y diapositivas.

FOTOGRAFIAS
GRUPO CONTROL

GRUPO CONTROL



FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3



FIG. 4

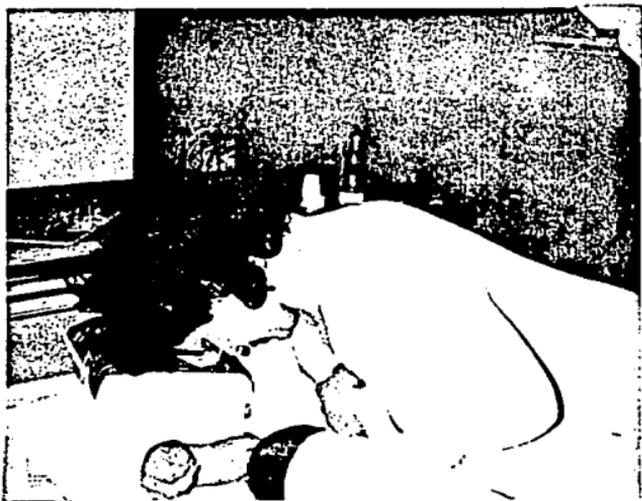


FIG. 5



FIG. 6



FIG. 7



FIG. 8



FIG. 9



FIG. 10



FIG. 11



FIG. 12



FIG. 13



FIG. 14

FOTOGRAFIAS
GRUPO EXPERIMENTAL

GRUPO EXPERIMENTAL



FIG. 1

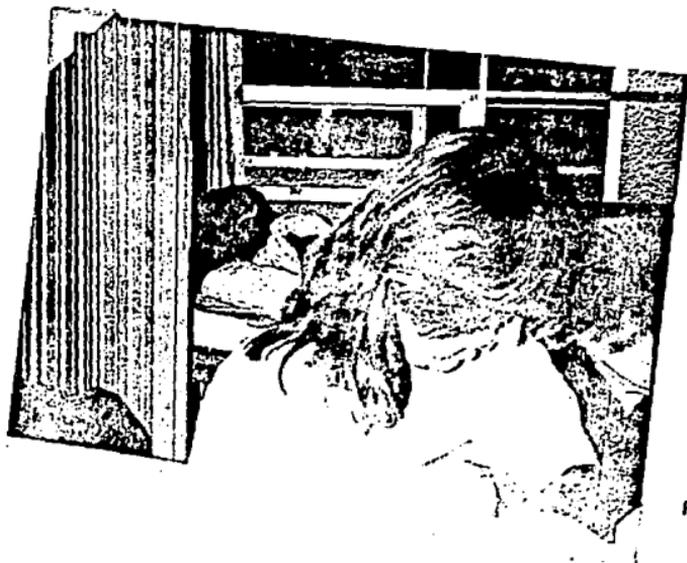


FIG. 2



FIG. 3



FIG. 4



FIG. 5



FIG. 6



FIG. 7



FIG. 8



FIG. 9



FIG. 10



FIG. 11



FIG. 12



FIG. 13