

11226  
164  
2es.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL  
ESTADO.

HOSPITAL GENERAL DEL I.S.S.S.T.E. EN ZACATECAS,  
ZAC.

FACTORES QUE DETERMINAN EL  
ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA  
EN DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ,  
ZACATECAS EN 1996.



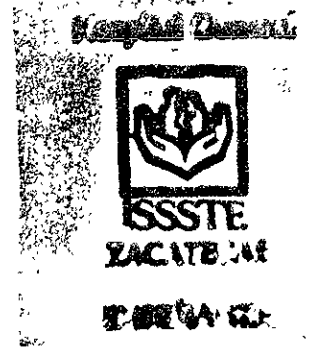
TRABAJO DE INVESTIGACION  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR PRESENTA:

DR. PEDRO ARTURO RODRIGUEZ AVILA

ZACATECAS, ZACATECAS, 1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

251023





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA  
MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR DE JEREZ, ZACATECAS EN 1996.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR.

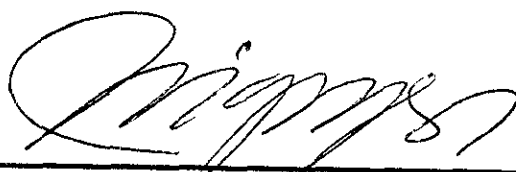
PRESENTA:

DR. PEDRO ARTURO RODRIGUEZ AVILA

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

11226

FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ, ZACATECAS EN 1996.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. PEDRO ARTURO RODRIGUEZ AVILA

DR. SERGIO ARTURO CAMACHO LARA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSSTE EN ZACATECAS.

DR. HELADIO G. VERVER Y VARGAS Y RAMIREZ

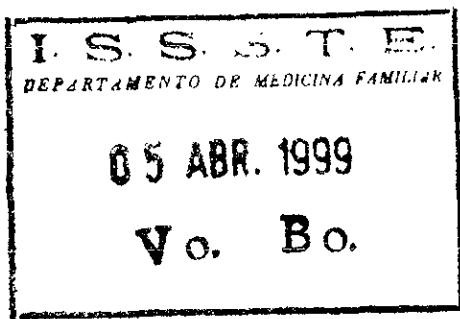
ASESOR CLINICO (PEDIATRA)

DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO

ASESOR METODOLOGICO DE INVESTIGACION (ISSSTE)

DR. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.T.E.



ZACATECAS, ZAC.

1998

**FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA  
LACTANCIA MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ, ZACATECAS EN  
1996.**

## INDICE

<b>1. MARCO TEORICO</b>	<b>PAGINA</b>	<b>1</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>		<b>52</b>
<b>3. JUSTIFICACION</b>		<b>55</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>		<b>60</b>
<b>4.1 OBJETIVOS GENERALES</b>		<b>60</b>
<b>4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>		<b>61</b>
<b>5. METODOLOGIA</b>		<b>62</b>
<b>5.1 TIPO DE ESTUDIO</b>		<b>62</b>
<b>5.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO</b>		<b>62</b>
<b>5.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA</b>		<b>63</b>
<b>5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>		<b>63</b>
<b>5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION</b>		<b>63</b>
<b>5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION</b>		<b>64</b>
<b>5.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION</b>		<b>65</b>
<b>5.5 INFORMACION A RECOLECTAR</b>		
<b>(VARIABLES DE MEDICION)</b>		<b>65</b>

## 1. MARCO TEORICO

La historia de la alimentación para los pequeños en forma artificial, es la de un reiterado fracaso. Obviamente la gente la ha intentado desde hace mucho tiempo. Se han encontrado biberones de barro en tumbas de niños romanos y aunque éste parece ser el intento más antiguo. William Moss cirujano de la maternidad (1794) de Liverpool, escribía: “Se ha observado repentinamente que el alimento que se proporciona en la lactancia seca (alimentación artificial) causa cólicos y suelta el intestino y que es muy difícil dar un sustituto adecuado del pecho. Por lo tanto no es de extrañar que haya niños que no pueden mantenerse o existir sin (el pecho)”. (1)

Un texto de pediatría del siglo XVIII lo ilustra en su triste detalle. Al intentar criar a 130 expósitos de un orfanatorio de las afueras de Rousen, Francia, sólo 13 seguían vivos después de un año y medio, a pesar del aire fresco, la leche de vaca, los atoles de harina y los cuidados; los trece estaban débiles y murieron poco tiempo después.

Los primeros biberones que se hicieron fueron de cuernos de vaca ahuecados, de porcelana y de metal (“cucharas de plata de los ricos”); pero el problema fue siempre la mamila. Se usaban ubres de vaquillas, pero pronto se pudrían a pesar de que se las ponían en alcohol. El invento de la mamila de hule, junto con los trabajos de Luis Pasteur sobre la higiene de la leche y el creciente conocimiento sobre la nutrición humana, volvieron segura en este siglo la alimentación artificial de los bebés.

La Revolución Industrial de Occidente, en el siglo XIX, significó para buena parte de la población, un cambio repentino de una economía de subsistencia a la de la adquisición de un salario. Significó también que muchos padres con hijos pequeños tuvieran que ir a trabajar lejos de los hogares, generalmente a fábricas, para ganar lo suficiente con la cual sobrevivir.

Todos estos cambios crearon un mercado potencial, aunque no la demanda abierta de biberones y de alimentos comerciales, los cuales empezaron a venderse hace más de cien años.



La era “moderna” de la alimentación artificial, data de principios de siglo. Los primeros intentos de lograr un sustituto artificial de la leche humana, se hicieron precisamente después de la primera guerra mundial. Para entonces, la disponibilidad de una creciente variedad de alimentos (tanto comerciales como de fabricación casera) para bebés, atrajeron la atención de los pediatras quienes se echan a costas la tarea de establecer reglas generales aceptables científicamente para la alimentación de los lactantes.

En un principio, el propósito del enfoque rígido fue hacer más segura la alimentación artificial, lo que sin duda alguna se consiguió. Sin embargo, se cometió un error peligroso y es difícil saber a quién culpar más de él, si los médicos, las enfermeras o a las madres. El error fue éste: “se aplicaron a la alimentación al pecho las reglas diseñadas para hacer segura la alimentación artificial”.

Estas ideas equivocadas, se regaron rápidamente en todo el mundo y persistieron como reglas impresas en los textos de pediatría y en los libros de divulgación para las madres.

La declinación de la alimentación al pecho, ocurrida en la mayoría de las sociedades industrializadas a partir de la década de los años 1930, parece reflejar superficialmente, el deseo de las mujeres de verse liberadas de la faena de dar de mamar. Sin embargo, quizá ésta no sea la única causa. Es cierto que algunas mujeres, deliberadamente escogen no amamantar por una variedad de razones, tanto psicológicas como prácticas. Pero muchas otras se rinden a pesar de que en un principio tenían el firme deseo de dar el pecho. Otras más, que al nacer su bebé están indecisas, se desaniman en cuanto surgen las primeras dificultades y desisten por completo si se les da un consejo inapropiado, si no se les apoya adecuadamente o si se unen ambas cosas.

En los EUA, Australia, el sudeste Asiático, Escandinavia y en muchas otras partes, se han formado grupos de madres que dan apoyo y consejo a otras madres, acerca de asuntos prácticos relativos a la alimentación al pecho. La mayoría de las que se adhieren son de la élite educada, en la cual se ha visto un apreciable aumento en el número de las que amamantan a sus hijos.

Las causas de la declinación de la alimentación al pecho en el Tercer Mundo, no son las mismas que en las sociedades industrializadas, aunque existen causas paralelas. En muchos de estos países la declinación es más aguda. La alimentación con biberón la adoptaron aquí primeramente, las mujeres de la elite urbana cuya educación y estilo de la vida son similares a los de las mujeres de las sociedades industriales. Las madres de la élite, tienen los recursos para alimentar artificialmente sin peligro; por lo tanto, las amenazas a la salud de sus niños no son mayores que en cualquier otra sociedad bien avenida.

Sin embargo, con el presente aumento dramático de la urbanización en todos los países en desarrollo, millones de hombres y mujeres están desistiendo de su modo de vida rural y convirtiéndose en asalariados con una economía de dinero constante y sonante. Muchos seres humanos son extremadamente pobres y sufren al mismo tiempo un trastoque cultural profundo. Abandonan sus antiguas costumbres; la familia, antes compuesta de diferentes miembros, ahora está siendo reemplazada por pequeñas familias nucleares, o por ausencia total de la familia. Se ha perdido la

tradición a través de la cual los viejos enseñaban a los jóvenes los asuntos prácticos de la vida. Desaparece el sistema de apoyo para las madres que acaban de parir y por lo general, también se olvidan los conocimientos tradicionales para resolver los problemas de la lactancia. Es fácil conseguir biberones y la leche de polvo, pero no así el dinero ni las condiciones higiénicas necesarias para usarlos con seguridad. Muchas mujeres pobres eligen la alimentación artificial alentadas quizá por el ejemplo de la élite, sólo que a ellas les acarrea consecuencias desastrosas.

No obstante, se ven señales claras y alentadoras de cambio. En Octubre de 1979, la OMS y la UNICEF se reunieron en Ginebra para abordar el tema de la alimentación de los lactantes y de los niños pequeños. Uno de los tópicos tratados fue el de la venta y distribución correctas de las fórmulas para bebés y de los alimentos para el destete. La industria de alimentos para bebés estuvo representada por su organización, cuyos miembros en su totalidad controlan el 80% del mercado actual. Si se ajustan a lo convenido, las recomendaciones emanadas de la reunión limitarán

enormemente las actividades de las compañías productoras de alimentos para bebés en todo el mundo.

Es inverosímil creer que los productores van a tratar de limitar seriamente el uso de la alimentación artificial a los pocos casos en los que se puede ser de verdadero valor. En la actualidad, algunos Ministerios de Salud tratan de prohibir la entrada a las salas de maternidad de los agentes de compañías productoras de alimentos para bebés y también de poner restricciones a sus técnicas de promoción y ventas.

Lamentablemente, se ha descuidado la educación de los trabajadores de la salud (en especial de los médicos) acerca del manejo de los problemas de la alimentación al pecho. Si los trabajadores de la salud desean saber algo, generalmente tienen que investigarlo por sí mismos; pero sucede que como a este asunto se le ha otorgado un status muy bajo, es posible que ni siquiera deseen saber de él. No se dan cuenta de lo mucho que necesitan aprender.

Los programas de estudio de las escuelas de Medicina, rara vez llegan a cubrir la técnica y los problemas de la lactancia (ni siquiera su importante anatomía y fisiología). El obstetra los descarga en el pediatra, y ambos se lo pasan a la partera, a la enfermera o a la auxiliar. A las enfermeras se les adiestra especialmente a preparar fórmulas. Se da por hecho que una madre debe ser capaz de amamantar “naturalmente”, y si tiene problemas, la única manera de resolverlos es con el biberón. Muchas dificultades a primera vista, parecen circunscribirse a “muy poca leche”.

En el centro de salud sobrecargado, la solución más fácil para la enfermera o la auxiliar que está a cargo de estos problemas, es poner en las manos agradecidas de la madre, una lata de leche gratis y un biberón y decirle como usarlo. Esto le toma a la enfermera sólo cinco minutos en tanto, que aconsejar a la madre sobre como recobrar su producción de leche, puede llevarle media hora o más, diariamente, durante quizá toda una semana. Los médicos y enfermeras muy frecuentemente son los primeros en

poner el mal ejemplo alimentando artificialmente a sus propios hijos.

Por otra parte, en Estados Unidos existe un programa para incrementar la duración e incidencia de la lactancia materna a un bajo costo a la población, cuyo objetivo es la evaluación y eficacia del mismo. (2).

El diseño consistió en una prueba al azar, con control por 1 año, como pregnosticón y control de las lactantes hasta que inician la alimentación no láctea. Tanto el cuidado prenatal y posteriormente el cuidado pediátrico en la Unidad de Maternidad y Cuidado primario, sirve a la población a un bajo costo.

En el estudio se incluyeron a un total de 108 pacientes. 51 pacientes recibieron instrucciones para lactancia materna en sus consultas prenatales y postnatales. Otro grupo de 57 pacientes recibieron el cuidado normal de la institución. Del primer grupo no se modificó de la conducta de la lactancia; el segundo grupo es demográficamente similar.

Este programa consistió en consulta prenatal individual diariamente y en el postparto, la consulta es en la Unidad, hasta 48 hrs. Después que son dadas de alta, los niños hasta una semana de vida y posteriormente visitas frecuentes hasta el año de edad.

La incidencia y duración de la lactancia materna son los principales resultados a medir. El resultado obtenido sobre la incidencia, se incremento en el grupo comparado Vs el grupo control (61% Vs 32%) respectivamente. La duración de la lactancia materna está significativamente aumentada ( $P=.005$ ) del grupo comparado Vs ( $P=.002$ ) del grupo control.

Un incremento de la incidencia y duración de la lactancia materna fueron las conclusiones de éste programa, así como el bajo costo económico.

Esta falta de soporte, quizá se manifiesta por la falta de soporte verbal para las mujeres, quienes piensan o están en proceso de lactancia materna, ante la previsión de la fórmula infantil o el tiempo de lactancia del niño, cuando la madre encuentra dificultad



en la lactancia materna, ésta se termina y acaba el lactante en el hombro de la mamá, alimentándole con leche no humana.

Las escuelas de Medicina tienen la información tanto de bases científicas, como de práctica clínica, la cual las diferencia entre sí, por ende el incremento de conocimientos médicos en el proceso de la lactancia materna y las propiedades de la leche humana. El cuidado primario tiene varios programas, incluyendo obstetricia, el cual debería incluir, aspirantes a mujeres lactantes para incrementar la lactancia materna. Este tipo de información proporciona bases conceptuales médicas, entendiendo las actitudes y conductas de apoyo de la lactancia materna, en la mujer aunque más complejos, existen factores demográficos que proporcionan una poderosa herramienta para reunir a la gente sana, 2000 metas para la iniciación y duración de la lactancia materna.

No obstante, al final del estudio, es más importante incrementar la cantidad de información proporcionada a mujeres (muchachas y muchachos), así como los aspectos prácticos del proceso de la lactancia materna (ejem: comiendo en la noche, habilidad del padre a dar de comer con vaso leche materna, bajo

costo y estrategias de control de abandono), entonces únicamente comentaríamos resultados positivos de salud en lactancia materna.

Existe, por otra parte un estudio de factores de riesgo y fracasos en lactancia materna (5), durante el puerperio, realizado en 60 madres con inadecuada provisión de leche diaria para sus hijos, ya que pertenecen al grupo de fracaso de lactancia. 60 madres con similar edad y peso de los niños fue elegido como grupo de control.

Bajos niveles en suero de prolactina, hierro y aldosterona en nacidos en hospitales, está asociado con aumento significativo de factor de riesgo en una deficiente lactación y un alto costo económico para la familia.

Incremento de la osmolaridad, alta presión sanguínea de la madre, sección de nacimientos por cesárea. Estas son algunas de las variables del aumento de riesgo, por lo que no se pueden alcanzar niveles significativos de la lactancia materna.

La premadurez no esta entre los factores de riesgo, pero si la edad gestacional que fue de 30 semanas.

Los médicos conocen cada vez más, los factores adversos de mayor riesgo en la iniciación y continuación de la lactancia materna. la corrección de hierro no es significativa para la lactancia, evitar de ser posible, la sección de cesáreas y así ayudar a incrementar la incidencia de la lactancia materna.

Por otra parte, pese al creciente interés actual por la nutrición, los miembros del segmento más vulnerable de nuestra población los niños, aún reciben dietas deficientes. En ocasiones las causas de ésta deficiencia, no es la negligencia ni la falta de recursos, sino la falta de información. (6).

La lactancia es un período de extrema dependencia y vulnerabilidad; también es un período en que las necesidades nutricias están en su punto máximo. El ritmo de crecimiento durante esta etapa, es más acelerado que en cualquier otra etapa de la vida, y el volumen de alimento que se puede consumir razonablemente cada día, es limitado. El objetivo primario de la alimentación infantil consiste en proporcionar suficientes calorías y nutrimentos para fomentar el crecimiento y desarrollo óptimo.

Las recomendaciones nutrimentales, son los niveles actuales de nutrimentos que se consideran adecuados, para llenar las necesidades nutricias conocidas de prácticamente todas las personas saludables.

Se han identificado tres etapas en la alimentación infantil: un periodo de lactancia, un periodo de transición y un periodo adulto modificado.

La lactancia (desde el nacimiento hasta los 4 meses), exclusiva al seno materno proporciona las vitaminas, minerales, grasas, lípidos y proteínas necesarias para el crecimiento y desarrollo normal. Con excepción de la vitamina D, en ausencia de una radiación ultravioleta adecuada y del flúor, no se requiere complementos para la leche materna durante este periodo.

La leche materna es muy bien tolerada, ofrece una baja incidencia de respuestas alérgicas, provee anticuerpos transferibles al lactante y psicológicamente, el hecho de amamantar puede ser benéfico para la madre y para su hijo. La leche materna es más alta en hidratos de carbono y más baja en proteínas.

Durante algún momento de la lactancia, la leche materna por sí sola ya no puede proporcionar en cantidades adecuadas las calorías que se necesitan, para un crecimiento y desarrollo normal; en este momento se deberán introducir otros alimentos diferentes a la leche. Esta necesidad no se presenta a ninguna edad específica, debido a la propia individualidad de los lactantes. El criterio que puede ser aplicado para el inicio de la ablactación generalmente se presenta durante el periodo de los cuatro a los seis meses de vida, e incluye las siguientes condiciones:

- Toma seno a intervalos más cortos de tres horas debido al hambre.
- Consume regularmente más de 1 litro de fórmula por día.
- Pesa aproximadamente el doble de lo que pesaba al nacer.
- Ha alcanzado un peso de 6 k aproximadamente.
- El lactante se muestra frecuentemente insatisfecho debido a el hambre.

El hambre, es el mayor indicador de la necesidad de calorías adicionales y es la condición más confiable, que pueden percibir los padres.

Si bien, el reflejo de succión está presente en el niño, aún antes de que inicie la vida extrauterina, lo cual hace factible amamantarlo, el desarrollo neuromuscular requerido para mantener la cabeza erguida y deglutir alimentos semisólidos ofrecidos con cuchara, alcanza su madurez hasta el cuarto o sexto mes.

Antes de las doce semanas de vida, es fácil apreciar la dificultad que manifiestan los niños para deglutir alimentos sólidos; a esa edad los niños mantienen las papillas en la boca como si fueran de consistencia líquida; el alimento se les escurre entre las comisuras de los labios y después de retenerlo por largo tiempo en la cavidad bucal, lo degluten como si fuera leche. Por otro lado, el reflejo de protrusión, mediante el cual los niños empujan con la lengua todo lo que se aproxime a sus labios. Desaparece también alrededor de las doce semanas.

Tomando en cuenta el proceso evolutivo, parece razonable aceptar, que la edad más adecuada para iniciar la introducción ordenada de alimentos complementarios es entre los cuatro y seis

meses y así empezar la etapa de transición (desde los cuatro hasta los doce meses).

En otro sentido es conveniente señalar, que las madres lactantes tradicionalmente han trabajado, con frecuencia, lejos de su hogar y aun así han podido arreglárselas para continuar lactando. (7)

En las sociedades industrializadas modernas, son relativamente pocas las madres de niños pequeños, que tienen un trabajo remunerado fuera de la casa.

En sociedades industriales, se ha demostrado que la lactancia materna es más común entre mujeres asalariadas que entre las que no trabajan fuera de casa.

En ciudades de países desarrollados, se ha demostrado que el porcentaje de mujeres que trabajan fuera de casa y tienen niños menores de seis meses, varía entre 13% y 28%.

En México, las tendencias aparentan ser similares a las observadas en otros países en desarrollo, en los patrones tanto urbanos como rurales.

Algunas razones por las que las madres trabajadoras dejan de dar pecho:

- 1) Falta de información
- 2) Publicidad de las compañías de fórmulas de biberones
- 3) Cansancio
- 4) Falta de tiempo y no se ajusta al papel de una mujer profesional
- 5) Preocupación de que el bebé llorará cuando ella no le pueda dar de comer.

En lo que se refiere al Marco legal para la lactancia en la madre trabajadora, se observa de acuerdo con la ley Federal del Trabajo en México, (9) la mujer tiene derecho a disfrutar: a) 45 días antes del parto y 45 días después del parto. Las madres trabajadoras disfrutan, forzosamente descanso, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo por su contrato, y b) en el periodo de



la lactancia, las madres trabajadoras tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para amamantar a sus hijos.

Además, de que existen ventajas de la lactancia para madres trabajadoras y para las empresas en las que trabajan estas son:

- Menos enfermedades del niño y mejor crecimiento.
- Menos ausencias al trabajo por enfermedades del niño.
- Más acercamiento con el niño durante los periodos que están juntos, lo cual puede compensar los periodos de separación (mejor ánimo en la trabajadora por tener menos preocupación).
- Más posibilidades de esparcimiento de embarazos, porque la anovulación, esta asociada con lo amenorrea por la lactancia.
- Las recomendaciones para mantener su producción de leche.
- Comenzar a practicar dos semanas antes de regresar al trabajo, la técnica de extracción manual de leche materna.
- Amamantar poco antes de salir del trabajo.

- Durante el periodo de separación, es importante extraer la leche con la misma frecuencia que si hubiese amamantado, pero por lo menos (y cuando es posible) utilizar los dos descansos de treinta minutos otorgados por la ley.
- Guardar la leche materna extraída en un recipiente limpio con tapadera, dentro de un refrigerador o en una caja con aislamiento, en un lugar fresco.
- Amamantar inmediatamente al regresar a casa.
- Dormir con el bebé en la cama y amamantar durante la noche. (Es común que cuando la mamá trabaja el bebé mame más por la noche).
- En los días libres, amamantar a libre demanda. Descansar lo más posible, tomar suficientes líquidos para satisfacer la sed.
- Dar la leche materna extraída en una taza o vaso limpio con o sin cuchara.
- Evitar completamente el uso de biberones y chupones.

- No dar ningún alimento o bebida al niño cuando se acerca el tiempo del regreso de la madre para no disminuir su interés en tomar pecho.
- Si el niño es mayor de seis meses dar comida apropiada (con cuchara).

Los factores que afectan la duración de la lactancia al seno materno, en una cohorte de madres urbanas seguidas longitudinalmente (8), mediante un estudio prospectivo, se analizó la incidencia y duración de lactancia al seno materno en 547 niños urbanos de la ciudad de Tlaxcala seguidos longitudinalmente en un consultorio pediátrico.

La lactancia al seno, tuvo franca tendencia a ser corta con una mediana de tres meses. El 15% de los niños no recibe seno materno y sólo el 5% de la cohorte estudiada continuaba recibéndolo al año de edad. La transmisión cultural familiar de dar pecho al niño, la introducción tardía (mayor a cuatro meses) de alimentos sólidos o leche de vaca y una menor escolaridad de la madre, fueron factores relacionados estadísticamente con lactancia

al seno por más de tres meses. El 70% de las madres suspendieron la lactancia aduciendo rechazo del niño del niño, insuficiencia del alimento para sus necesidades de crecimiento o por actividades laborales de ellas fuera del hogar.

Por las diferencias encontradas en este estudio, con respecto a otros realizados en forma prospectiva en comunidades urbanas o rurales, es necesario señalar que los programas de apoyo a la lactancia al seno, no pueden generalizarse sino, por el contrario, adaptarse a cada grupo de acuerdo con datos recogidos en esa comunidad. Desde el punto de vista pediátrico, el consultorio privado se convierte en una rica fuente de información, cuando los datos que ahí se recogen tienen la constancia y calidad necesaria para ser incluidos en encuestas epidemiológicas que regulen y retralimenten programas nacionales de salud.

Existen una serie de problemas de la madre, que afectan una lactancia exitosa desde un punto de vista cultural, social y morfológico. (9).

En los factores socio-culturales la familia influye, en forma positiva o negativa, en el curso de la lactancia materna, por ejemplo con los comentarios de:

- a) La suegra “¿y con esos pechos piensas amamantar a mi nieto?”;
- b) La madre, de que de buena intención dice: “en mis tiempos las cosas se hacían de tal forma”
- c) La hermana: “yo siempre le completaba con biberón y mis hijos son muy sanos”
- d) La cuñada: “mejor no le des pecho se echa a perder el cuerpo, se te cuelgan y te quedan horribles”
- e) El padre que comenta: “ni te preocupes, para eso hay ahora todas esas leches”.

De ahí la necesidad de contar con una guía práctica para una buena lactancia (10), donde se especifique cómo debe manejar la lactancia la madre trabajadora.

Las madres que laboran lejos de sus hogares, durante el periodo de lactancia, se enfrentan a problemas logísticos especiales y como resultado detestan a sus hijos muy pronto. Hay que hacer todo lo posible por evitarlo y el trabajador de la salud, debe explicarles las ventajas de darle de mamar al niño tanto como sea posible. Esto podría significar, llevar al niño cerca de su lugar de trabajo, si existen servicios de guardería en sus inmediaciones. La madre debe estar enterada de las leyes locales de protección a la lactancia (permisos de trabajo después del nacimiento del hijo, horas de lactancia, etc.).

En este orden de ideas, la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos en su título sexto del trabajo y la previsión social en el Artículo 123 Fracción V, refiere textualmente en el periodo de lactancia, tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos (11).

Por otro lado debemos tener siempre en mente los mensajes básicos de la lactancia materna propuestos por la UNICEF, UNESCO, OMS, SEP, SS., en los que mencionan.

1. La leche materna constituye, por si sola, el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse a un niño durante los cuatro primeros meses de vida.
2. Los recién nacidos deben iniciar la lactancia materna lo más pronto posible después del parto.
3. La succión frecuente estimula la producción de leche materna en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del lactante.
4. La alimentación con biberón puede ser causa de enfermedades graves o de la muerte del niño.
5. La lactancia materna debe continuar hasta que el niño cumpla el primer año de vida.

Dentro de la actividad laboral y la duración de la lactancia materna influyeron en las condiciones socio-demográficas, personales, de trabajo así como los factores que sustentaron la duración de la lactancia materna (14).

Primariamente en las mujeres hospitalizadas con sus infantes y secundariamente en las embarazadas sin importar su actividad

profesional. El estudio fue elaborado en el hospital público de Valencia. La información fue recolectada por encuestadores en el hospital, dos días después del parto, en forma telefónica se entrevistó a cinco señoras y con un cuestionario post-parto en forma ulterior.

Un total de 545 estudios fueron obtenidos. Un total del 64% de madres encuestadas practican la lactancia materna un año después del parto. El 17% para 1 madre o menos, 12.7% para 4 madres y el 32.3% para 5 ó más de madres lactando. La mayor incidencia de mujeres que practican la lactancia materna se encuentra, mujeres de 25 años de edad, secundigestas y aquellas que no regresaron a trabajar después del parto. Quienes acortaron el tiempo de lactancia, reducción en el tiempo de licencia de maternidad y por que su marido trabaja fuera de su localidad. La aplicación de ciertas medidas que favorecen a mantener la lactancia materna (disminución de horas de trabajo, flexibilidad en horas de trabajo, etc.). procediendo con cautela y siempre contar con el consentimiento de la madre, ya que de no ser así son factores de riesgo para la trabajadora.



Un estudio en Islandia de los factores predictivos y efectos que intervienen la lactancia materna fue para analizar cuanto tiempo los niños nacidos en Akureyri en 1990 fueron alimentados con pecho, en comparación con los bebés nacidos en 1985. La posibilidad de factores predecibles en la duración del alimento al seno materno fueron estudiadas por medidas univariadas y multivariadas. La proporción de infantes alimentados exclusivamente con leche materna a la edad de 3 meses se incrementó del 57% al 70% y aquellos alimentados parcialmente del 67% al 83%. (15).

En 1990 el 64% de todos los bebés fueron alimentados con leche materna a la edad de 6 meses, comparado con el 43% en 1985. El factor más marcado de correlación con el periodo más largo de alimentación con leche materna fue un padre bien educado. Otros factores correlacionados con la duración de alimentación con leche materna fueron la edad de la madre, número previo de hijos, asistencia a cursos de maternidad, no fumadora. Se concluye que los verdaderos cambios benéficos efectuados con la duración de alimentación con leche materna, en Islandia ha sido observado

durante la última década, las medidas preventivas recomendadas por las autoridades de la salud aun no se han concluido.

Por otra parte dentro de los riesgos o beneficios de la lactancia materna el enfoque que se dió a éste estudio fue el desarrollo de varias acciones de conocimientos de la alimentación con leche materna, no parece alcanzar muchas de las variables que determinen en el curso de alimentación con leche materna. (16).

Con la propuesta de entendimiento de que la mujer decida acerca de la lactancia materna o lo estético de su pecho, éste estudio fue desarrollado tratando de obtener un significado consciente de la experiencia de alimentación al seno materno para la mujer. Basado en los antecedentes teóricos de la interacción simbólica y tomando el terreno de la teoría como una metodología. Nosotros describimos la alimentación con lactancia materna basados en el punto de vista de la mujer.

El estudio muestra que la mujer siente que la alimentación con lactancia materna como un proceso que evalúa y da valor al mismo y que se sobreentiende por los demás: evaluando la

habilidad de alimentación al seno materno, evaluando los sentimientos de la mujer y tomando decisiones en las cuales el proceso representativo del fenómeno se llama, VALORANDO LOS RIESGOS Y BENEFICIOS. Este estudio muestra que los elementos que da las respuestas a la alimentación con leche materna de la relación entre la acción del seno materno y varios significados simbólicos muestran las situaciones interactivas experimentadas por las mujeres.

Los efectos favorables de la lactancia materna e introducción tardía de la leche de vaca en la prevención y sospecha de síntomas de alegría en la infancia. (17).

Los autores estudiaron en Kaposztásmegyer perteneciente al cuarto distrito de Budapest, la forma de alimentación, frecuencia de alergias en la piel, síntomas respiratorios y gastrointestinales, además presencia de enfermedades alérgicas en el primer año de vida, que 405 infantes nacidos en 1993. Se analizó si la frecuencia de síntomas que estaban relacionados con la duración de alimentación al seno materno y la primera introducción de leche de vaca con sus proteínas. De los 53 infantes con síntomas la duración

de la alimentación con leche materna era significativamente corta (12.5 sem.) y los infantes sin síntomas (20.2 sem.). La primera introducción de leche de vaca fue también significativamente temprano en los infantes con síntomas (6.2 sem.) a diferencia de los infantes saludables (11.8 sem.), la proteínas de leche de vaca fueron introducidas más frecuentemente antes de la edad de 2 meses en infantes con alergia a la proteína (56 %) a diferencia de los infantes sin síntomas (34 %). Se puede concluir que entre más corto el período de alimentación con lactancia materna y más rápida la introducción de leche de vaca puede incrementar los síntomas de alergias en la infancia.

Los diferentes efectos de la lactancia materna en madres profesionistas. (18) para estudiar los diferentes efectos existentes en la educación de la salud, el conocimiento de la madre en la alimentación de bebés y niños pequeños. 414 madres con niños de 0-18 meses fueron entrevistadas con un cuestionario en áreas rurales y urbanas en la provincia de Guangdong de Febrero a Abril en 1995. Los resultados revelaron que el mejor control de conocimientos nutricionales para las madres se deriva de una educación

comprensiva de la salud, además de noticias y profesionales de la salud, familiares y amigos de las madres. Un curso de entrenamiento prenatal para alimentación de bebés fue una de las más efectivas medidas de educación nutricional, pero sus efectos dependen de la ocupación y el nivel cultural de la madre. Los hospitales amigos del bebé jugaron un rol muy importante en el incremento del nivel de los conocimientos de la madre referente a la alimentación del pecho.

Se recomienda un canal de educación comprensiva, cursos de entrenamiento para mujeres embarazadas, hospitales amigos del bebé y todas las formas de educación nutricional para la alimentación del bebé.

Un reporte de la duración de la lactancia materna en la República Dominicana en el cual reanaliza los datos del estudio nacional de salud en 1991, para identificar las características socioeconómicas y los factores relacionados al cuidado de la salud, del embarazo y el niño en el cual influye en la duración total de la alimentación con leche materna. (19).

Un ejemplo representativo en 1984 de un estudio madre-infante se llevó a cabo en los niños de cada madre, solamente el último que fue alimentado con lactancia materna y que era menor de 3 años al momento de la investigación fue incluido. Datos de total duración de lactancia materna (TDLM) y de los factores estudiados fueron recabados a las madres encuestadas. El riesgo de la introducción de la ablactación a diferentes edades fue calculado por medio de un parámetro, el efecto independiente de cada variante de interés fue calculada usando el modelo de regresión Cor's. El promedio de TDLM fue de 7 meses y la cantidad relativa de la ablactación fue más alta, entre los niños cuyas madres tenían una educación universitaria y aquellos que comenzaron a mamar tarde, los que nacieron en instituciones públicas y privadas, del primigestas de un nivel socioeconómico bajo. Entre las estrategias para aumentar la alimentación con lactancia materna, es importante retardar la ablactación, debido a que éste factor tiene la influencia más grande en la duración de la lactancia materna.

Existe un artículo el cual comenta las normas de la práctica de la lactancia materna en hospitales Canadienses. (20).

Objetivo: determinar hasta que grado las normas y prácticas en hospitales Canadienses que otorgan cuidado materno, son comparativos con los de la OMS. 10 pasos para una alimentación exitosa de lactancia materna. Representantes de 572 hospitales que proveen cuidado materno en Canadá, recibieron cuestionarios en la primavera y el verano de 1993, 523 (91.4 %) respondieron.

*Medidas resultantes:* el reporte de implementación de normas y prácticas concernientes a la alimentación con lactancia materna: los hospitales fueron agrupados de acuerdo a su ubicación, tamaño (número de nacimientos por año) y estatus de afiliación con universidades.

Resultados principales: aun cuando el 58.4 % (296/507) de los encuestados rebotaron su información, ya que su hospital tenía una norma escrita en la alimentación con lactancia materna, solo el 4.6 % (21/454) reportaron tener una que concordara con todos los pasos de la investigación hecha por la OMS. Este número disminuyó al 1.3 % (6/453) cuando el cumplimiento con el código de la OMS (distribución de muestras de leche y alimentación con

lactancia materna) se incluyó. Hospitales en Quebec y en las provincias de Prairie fueron significativamente parecidas a las de Ontario, en dar alimentación con lactancia materna y con fórmula. Después del acomodo de hospitales por tamaño y afiliación con universidades.

Conclusión: hay variaciones considerables en la implementación individual de pasos y provisiones de la OMS, de acuerdo a la ubicación del hospital, tamaño y su afiliación con universidades. Muy pocos hospitales Canadienses reúnen las condiciones de hospital amigo de acuerdo a la definición de la OMS.

Existen criterios para una próspera lactancia materna, de acuerdo con un estudio descriptivo el cual se llevó a cabo para determinar el sentir que usaron las madres de Australia occidental para decidir si en su caso la lactancia materna tuvo éxito. (21).

La lactancia materna exitosa tiende a medirse en su duración, con investigación mínima examinando el éxito en la



lactancia materna desde la perspectiva de las madres. Se llevaron a cabo entrevistas telefónicas con 183 madres a quienes se les pidió calificar su éxito o fracaso en la lactancia materna e identificar la percepción en que se basaron para tomar su decisión. 19 mujeres (10 sin éxito 9 exitosas) fueron entrevistadas más a fondo. El contenido de los análisis revelaron que la lactancia materna como éxito o fracaso como una experiencia definida personalmente. Emergieron 4 categorías de percepción para determinar el éxito de la lactancia materna: ofrecer, persistencia, expectativas y logros personales alcanzados. Las enfermeras juegan un rol significativo en prevenir la lactancia materna, por lo tanto aumentan los valores y perspectivas de las madres, así como individualizar de cada experiencia permiten a las enfermeras obtener reconocimiento y reforzar el éxito de las percepciones de la madre.

Durante la lactancia materna en el desarrollo y como protección de algunas infecciones, trata que de 145 infantes normales estudiados durante el primer año de vida, aquellos que fueron alimentados exclusivamente con lactancia materna los 4 primeros meses difirieron significativamente de aquellos que no

fueron alimentados con seno materno en el desarrollo físico y de comportamiento además de la resistencia a infecciones. (22)

A los 4 meses, el peso del grupo alimentado con la lactancia materna exclusivamente fue más alto. Al año de edad, el grupo alimentado con lactancia materna mostró más avances socio-personales así como su desarrollo motor, en la prueba de observación del desarrollo en Denver, además una incidencia acumulativa menor de enfermedades infecciosas. Este estudio demostró los efectos benéficos de la lactancia materna en el desarrollo y resistencia a infecciones de los infantes.

Existe un estudio en donde las madres fueron preparadas con gran destreza y efectividad en la lactancia materna y las compararon con otro grupo de madres que pertenecían al programa de promoción de lactancia materna. (23).

En el estudio de interacción controlada llevado a cabo en Santiago de Chile demostró el impacto de 5 intervenciones en la duración y parámetros de la lactancia materna y demostró un incremento significativo del seno materno completo a los 6 meses

(32 % al 67 %). 51 de las 422 mujeres intervenidas posteriormente fueron incluidas en una 6ta. Intervención: grupos prenatales, sesiones educacionales en las cuales se enfatiza la práctica para iniciar o mantener la lactancia materna pasado el periodo neonatal. Un porcentaje significativamente alto de este grupo de mujeres fueron alimentados con lactancia materna completa a los 6 meses de edad, comparado con aquellos quienes recibieron solamente las 5 intervenciones básicas (80 % a 65 % respectivamente), el efecto fue mayor entre las mujeres primigestas. Concluimos que educación prenatal en grupo con el refuerzo de prácticas es un componente significativo para el aumento de la lactancia materna, especialmente entre aquellos que no tienen experiencia previa en la lactancia materna.

Un estudio en Suecia compara la lactancia materna entre la forma tradicional y los egresos rápidos en la etapa postnatal. (24).

Objetivos: proveer calidad, seguridad y cuidado en el programa de la unidad de egresos tempranos en la clínica de la mujer en el hospital central de Helsinghoeg en Suecia.

Diseño: investigación usando cuestionarios postales.

Lugar: la clínica de la mujer en el hospital central Helsingborg, Suecia.

Participantes: 304 mujeres con bebés de 6 meses de edad nacidos en el hospital central Helsingborg, entre septiembre y diciembre de 1993, conjuntamente con sus bebés reunieron las condiciones para el egreso temprano.

Egreso temprano se define generalmente en Suecia como un egreso antes de las 72 horas postparto.

Medidas y resultados: de los participantes 41 % escogieron el egreso temprano y el 59 % optaron por el cuidado hospitalario tradicional. 4 grupos fueron estudiados por frecuencia de lactancia materna, el cuidado hospitalarios tradicional en primigestas, egresos rápidos de primigestas, cuidados hospitalarios tradicionales en multigestas, egresos rápidos en multigestas. Una división adicional se hizo para lactancia materna a los 2, 4 y 6 meses de edad. Los 4 grupos principales fueron examinados por diferencias demográficas. Se encontró una diferencia en el nivel educativo: las madres de egreso temprano tenían un nivel educativo más bajo que las madres con cuidado hospitalario tradicional. No se encontró diferencia

alguna en la duración y frecuencia de la lactancia materna, entre las madres de egreso rápido y las de cuidado hospitalario tradicional a pesar del nivel educativo más alto entre el grupo de las madres de cuidado hospitalario tradicional.

Implicaciones prácticas: una posible explicación para estos resultados es que un plan de cuidado está dirigido a obtener participación y responsabilidad individual, arrojando conocimientos relevantes y una comunicación máxima de credibilidad y competencia entre madre y niño. Es de una significancia particular para las mujeres con menos educación, la presencia y participación del padre, a temprana edad del bebé puede ser también un factor.

En Nigeria se estudió a la comunidad rural en la promoción de la lactancia materna. (25).

La lactancia materna ha sido reconocida como una estrategia de sobrevivencia para los niños. a medida que más programas de lactancia materna han sido implementados en las comunidades sobre seno materno. en estudios lanzados a través de los programas

de cuidado de la salud en las comunidades rurales de Nigeria. En el último trimestre de embarazo, las mujeres fueron enlistadas en el estudio y se les dieron cuestionarios en conocimiento, actitudes y prácticas de lactancia materna. Las mujeres en grupos (126) recibieron consejos sobre lactancia antes y después del parto, mientras aquellas del grupo de control (130) no recibieron ningún consejo. Ambos grupos fueron monitoreados después del parto, se les aplicaron unos cuestionarios sobre conocimiento, actitudes y práctica. Los resultados de estudio mostraron un progreso marcado entre el grupo de intervención alimentado con calostro. Además 31.6% de las madres en el grupo de intervención llevaron a cabo una iniciación a tiempo de la lactancia materna, comparado al 5.6 % de las controladas. La prevalencia exclusiva de seno materno a los 4 meses fue del 39.8 % en el grupo de intervención comparado al 13.9% de las controladas. Las multivariantes mostraron que la intervención fue fuerte y que la única predicción significativa de comportamiento en el incremento de la lactancia materna y en la iniciación temprana, es una predicción muy fuerte y exclusiva a los 4 meses de edad. Se concluye la información sobre lactancia

materna en las áreas rurales es factible y puede ocurrir cambios del comportamiento.

En algunos hospitales que atienden enfermedades diarreicas, se aconsejan a las madres con respecto a la lactancia materna. (26).

Consejos sobre lactancia se informó a las madres de niños admitidos a hospitales con diarrea debido a la lactancia materna parcial, para que así pudieran comenzar con seno materno en forma exclusiva durante su estancia en el hospital. Infantes (250) de hasta 12 semanas de edad fueron escogidos para grupos de control e intervención. Las madres en el grupo de intervención fueron individualmente informadas por los consejeros, mientras las madres en el grupo de control recibieron solamente educación de salud rutinaria. Durante una investigación rutinaria en casas por los consejeros una semana después, solo las madres tuvieron una evaluación sobre alimentación infantil y prácticas en casa 2 semanas después del egreso. Entre 125 pares (madre-bebé) en cada grupo, el 60 % de las madres del grupo de intervención estaban usando seno materno exclusivamente al egreso, 2 semanas después estos números aumentaron al 75 % y 8 % en los grupos de intervención y

control respectivamente. Sin embargo el 49 % de las madres en el grupo de control regresaron a la alimentación con biberón comparado con el 12 % en el grupo de intervención. Acordamos que información individual tuvo un impacto positivo en las madres para comenzar seno materno exclusivamente durante la hospitalización y continuar la práctica en el hogar. Hospitales gineco-obstétricos, pediátricos deben incluir información sobre lactancia materna como una parte integral de su programa para impulsar las prácticas de alimentación al bebé.

Determinar lo bueno y lo malo de la lactancia materna. (27)

Objetivo: comparar la frecuencia de la lactancia materna antes y después del programa educativo de la lactancia materna “el mejor comienzo”.

Diseño: huella dejada en la pre y postintervención.

Lugar: una clínica de cuidado en la mujer y un hospital infantil, sirviendo a la comunidad de bajos ingresos.

Pacientes: 90 pares (madres-bebé) de quienes los infantes nacieron entre el 2 de Enero y el 28 de Febrero de 1993, comparado



con 90 pares que nacieron los bebés entre el 2 de Enero al 28 de Febrero de 1994.

Intervención: "el mejor comienzo", un programa educativo de lactancia materna fue presentado a los profesionales de la salud y asistentes del centro de salud para la mujer. En la primera visita prenatal se le pregunta a la mujer. ¿que sabe acerca de la lactancia materna?, en lugar de ¿va usted a alimentar con biberón o lactancia materna al bebé?, el programa reconoce y en lista las preocupaciones de la madre y la educa acerca de los beneficios de la lactancia materna, esto se repite en cada visita prenatal.

Medidas obtenidas: datos sociodemográficos y números de lactancia materna de grupos preintervenidos fueron comparados con los grupos de postintervención. Ambos grupos sus expedientes fueron revisados a su egreso.

Resultados: en 1993, 13 (15 %) de 86 madres practicaron la lactancia materna al egreso, comparado con 25 (31 %) de 81 madres en 1994. En la visita de la segunda semana 11 (13 %) de 86 seguían alimentando con lactancia materna en 1993, en comparación con 17 (21 %) de 81 en 1994. El impacto de las madres de 19 años de edad o menores fue particularmente marcado, triplicándose el número de

lactadoras. Al egreso del hospital el 11 % (2/18) en 1993 al 37 % (10/22) en 1994.

Conclusiones: una simple intervención de bajo costo, con un cambio en la manera de presentación, aumenta significativamente los números de lactancia materna en la población de bajos ingresos.

Pronosticar la duración de la lactancia materna de acuerdo a sus evidencias en un estudio nacional. (28).

Fondo: a pesar de los asistentes en el cuidado de la salud y la política de apoyo al seno materno, los números de iniciación y duración de la lactancia materna cayeron de los 2,000 logros proyectados durante los 80s.

Métodos: en 1998 los datos de la investigación nacional de la salud materno-infantil, recopilados de Enero de 1989 a Junio de 1991, fueron analizados para examinar predicciones de duración de lactación para un ejemplo de 2,372 mujeres que alimentaron con seno materno. Condujimos comparaciones entre mujeres que alimentaron con lactancia materna usando análisis de regresión logística.

Resultados: las madres solían alimentar al seno materno más allá de los 6 meses, sí ellas alimentaron con lactancia materna el

primer mes postparto, no fumadoras, de alta paridad, además consientes en su control prenatal para alimentar con lactancia materna en forma parcial o total y en su comportamiento postparto, además participaron en clases educativas sobre el nacimiento y retrasaron su regreso a trabajar en el postparto.

Conclusiones: aunque en este estudio no se reunieron los 2,000 casos proyectados en la duración de alimentación al seno materno, algunas predicciones de duración fueron identificadas o afectadas por el apoyo programado o normas públicas. Nuestros descubrimientos indicaron que las variantes asociadas con seno materno y la duración de la práctica están típicamente correlacionadas con los estatutos sociales para apoyar el desarrollo de lactancia materna como una norma cultural, las intervenciones apuntadas a la lactancia deben considerar factores como estatutos sociales, étnicos y culturales.

En Jos, Nigeria se realizó un estudio antes de pertenecer al grupo de hospitales amigos. (29).

Se llevaron a cabo intervenciones a 800 madres que asistían al hospital de enseñanza de la universidad de Jos en Nigeria, para

obtener información en el cuidado prenatal, conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia materna. de las 653 mujeres que obtuvieron control prenatal, el 75 % contó con educación sobre lactancia materna. aunque carecieron de técnicas de demostración práctica sobre la lactancia.

Existen razones para terminar la lactancia materna en forma temprana o en forma tardía (30).

Fondo: en los países del tercer mundo la duración de la lactancia materna corta se le asocia como una influencia mayor en la mortalidad infantil, morbilidad y estatus nutricionales. Cuando se evalúa el impacto en la duración de la lactancia materna, la razón por la cual la madre termina la lactancia no se toma en consideración.

Métodos: factores de riesgo por terminación de la lactancia materna fueron estudiados en una comunidad prospectivamente a 1678 niños en Guinea Bissau. en Africa del Oeste, desde el nacimiento hasta el cese de la lactancia, inmigración o muerte.

Resultados: la edad promedio de ablactación fue de 22.6 meses. Enfermedades en los niños, nuevos embarazos y

enfermedades de la madre fueron asociadas con un período significativamente corto de lactancia, comparado con niños ablactados porque estaban saludables o suficientemente mayores. Estas explicaciones tuvieron un impacto independiente a otras determinantes para la ablactación, incluyendo grupos étnicos, edad de la madre, educación, orden de nacimiento y número de hermanos muertos. Ablactación antes de los 12 meses de edad fue solamente asociada con enfermedades de la madre o del niño y nuevos embarazos, así como factores socioeconómicos y culturales.

Conclusiones: los trabajadores de la salud deben poner atención especial en la introducción de la lactancia materna en conexión con enfermedades de la madre y del niño; estas consideraciones pueden también ser importantes en la planeación de campañas de información sobre la lactancia materna. Debido a que el término prematuro de la lactancia materna está asociado con un nuevo embarazo, la planificación familiar debe ser incluida en cualquier programa de información sobre la lactancia materna.

En las madres trabajadoras y lactancia materna, existen efectos a corto plazo en el almacenaje, la temperatura, proteólisis, lipólisis y crecimiento bacteriano de la leche humana. (31).

Fondo: las mujeres que alimentaron con lactancia materna, tenían que almacenar leche para ser utilizada cuando ellas trabajaban, sin embargo las condiciones de almacenaje no eran óptimas.

Objetivo: medir el crecimiento microbacteriano, la estabilidad de la proteína de la leche y los lípidos en temperatura de los 15°C a los 30°C por un período de 24 hrs.

Métodos: 16 mujeres sanas, quienes alimentaban con leche materna exclusivamente, ya sea en el hogar (11) ó quienes guardaban leche para sus infantes (5), fueron estudiadas durante 1 mes. Las madres tenían entre el 4to, 5to, y 6to, mes de la lactación. La leche fue almacenada a 15°C, 25°C y 38°C de una hora a 24 horas, para el conteo de PH, proteólisis, lipólisis y crecimiento bacteriano. Fue medida a las 0, 4, 8 y 24 hrs. De almacenamiento.

Resultados: el PH de la leche disminuyó 2 unidades en 24 hrs. De almacenada en todas las temperaturas probadas. La proteólisis fue mínima durante almacenamiento de la leche a los

15°C o a los 25°C en 24 hrs. y solamente aparentemente después de 24 hrs. de haber guardado la leche a 38°C. la lipólisis fue rápida, comenzando en las primeras horas de almacenaje y progresando al 8% en 24 hrs. mientras el incremento más grande producto de la proteólisis, tuvo un incremento del 40 % por sobre el nivel base después de 24 hrs. de almacenamiento a 38°C, la concentración de grasas libres de ácido a éste tiempo de almacenaje fue de 44 % a 710% más alto que en la leche fresca. El crecimiento bacteriológico principalmente por norpathogenos fue mínimo, un 15 % a las 24 hrs. de almacenamiento; fue bajo a 25°C de las 4 a las 8 hrs. y fue considerablemente más alto a 38°C aún en el período relativamente corto de 4 hrs.

Conclusiones: el almacenamiento de leche humana es segura a 15°C en 24 hrs. mientras que a 25°C es segura por 4 hrs. La leche no debe ser almacenada a 38°C. La proteólisis mínima durante el almacenaje sugiere que la proteína de la leche probablemente mantiene su estructura y función durante un tiempo corto de almacenaje, mientras que una marcada lipólisis podría disminuir el crecimiento bacteriano durante este tiempo.

**LOS CONCEPTOS QUE SERAN UTILIZADOS EN EL  
PRESENTE TRABAJO SON:**

- Lactancia materna: se le llama a la que está constituida por la leche de la propia madre del niño, es decir leche humana, o sea la natural de la especie y que se distingue de la segregada por otros mamíferos. (13).
  
- Causas estéticas: son todas aquellas causas, que deformen la estética de la glándula mamaria. directamente relacionadas en la lactancia materna.
  
- Causas laborales: son todos aquellos factores que influyen en la lactancia materna, en relación directa con las madres trabajadoras.
  
- Derechohabientes trabajadoras: son directamente las trabajadoras.



- Derechohabientes beneficiarias: dependen directamente del trabajador (esposa o concubina).
- Ablactación: es la introducción en la alimentación rutinaria del lactante de otros alimentos que no sean de origen lácteo (13).
- Ablactación temprana: es el inicio de otros alimentos que no sean de origen lácteo a partir del cuarto mes de edad.
- Ablactación tardía: es el inicio de otros alimentos que no sean de origen lácteo a partir del sexto mes de edad.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La práctica de la lactancia materna, tiende a disminuir con el paso del tiempo, a pesar de las múltiples ventajas que ésta conlleva, enumeran su costo, ya que no dañaría la economía familiar.

También, la protección para el bebé contra una serie de padecimientos, principal aquella de tipo infeccioso, que provocan a su vez un aumento en la mortalidad por dichas causas.

La leche de vaca, los preparados de leche en polvo, la papilla de maíz y otros alimentos infantiles administrados con biberón no proporcionan al lactante ninguna protección especial contra las diarreas, los catarros, la tos y otras enfermedades.

Por lo tanto la alimentación con biberón puede ser causas de enfermedades, como la diarrea, si no se hierva el agua y se esterilizan el biberón antes de cada toma. Las enfermedades

frecuentes causan desnutrición. Por esta razón un lactante alimentado con biberón tiene una probabilidad 25 veces mayor de morir como consecuencia de las diarreas.

Una serie de factores culturales, estéticas, laborales y médicos, han contribuido de alguna manera a que disminuya esta práctica de la Lactancia Materna, sin olvidar la poca información que brinda el personal de el centro de salud, sobre este tema a las madres, durante el embarazo o el puerperio.

Los economistas y los encargados de la planeación nacional han subvaluado trágicamente a la leche humana. Rara vez la ve alguien, excepto las madres, que solo la ven a gotas. No tiene mercado, por lo tanto carece de precio. Apenas recientemente se ha apreciado la importancia económica de la lactancia y su contribución única a la salud de los infantes.

La desventaja más seria de la alimentación artificial en este contexto es el elevado precio de las fórmulas comerciales. Además del costo de la leche cruda de vaca, está el elevado costo de

procesarla. Es aun más cara cuando la fórmula está modificada, para reducir las diferencias más gruesas y más peligrosas de la leche de vaca respecto a la humana, cualquier fórmula razonablemente modificada es simplemente demasiado cara para el consumidor pobre.

¿Cuál es la relación entre las causas de abandono (estético o laboral) de la lactancia materna, en derechohabientes (trabajadoras y beneficiarias) y la ablactación (temprana y tardía)?.

### 3. JUSTIFICACION

Según consta en la Encuesta Nacional de Salud de 1987 en lo que respecta a la lactancia materna reportan que la práctica al seno materno tiende a disminuir, así como la duración que hace algunos años era de seis meses o más y actualmente se suspende a los 4 meses de edad.

Buscar medios por los cuales ayudar a la población de mayor riesgo a cambiar de actitud, para favorecer la lactancia materna, ya que esto representa un bajo costo a la población derechohabiente y además, con un alto estado nutricional de los lactantes. Así como implementar programas para incrementar la duración e incidencia.

Las estadísticas de morbilidad y mortalidad infantiles, correspondientes al primer año de edad, muestran de un modo fehaciente, mayores índices de morbi-mortalidad en los niños alimentados con leches que no son la humana, en tanto que es de

observación práctica y común que aquellos, que toman la leche materna generalmente se enferman con poca frecuencia y cuando ello ocurre habitualmente el pronóstico es benigno, el tratamiento fácil y además parecen ofrecer mayor resistencia a algunos padecimientos infecciosos.

Los lactantes que toman leche no humana tienen 25 veces más de posibilidades de morir por alguna infección gastrointestinal, en comparación con los niños que toman leche humana.

El utilizar biberón aumenta el peligro de dar fórmula. Los biberones, se convierten en instrumentos letales. Scrimshaw encontró que la mortalidad infantil en siete poblados de Punjab de 1955-59 fue un apabullante 950 por 1,000 niños alimentados artificialmente desde el nacimiento, comparado con 120 por 1,000 de los alimentados al pecho.

Una declinación de la alimentación al pecho casi siempre es seguida de un aumento en la mortalidad en la primera infancia. Un estudio de Sao Paulo, mostró que la duración de la lactancia bajó de

16 semanas en 1973 a sólo 2 semanas en 1979. En el mismo período, la desnutrición infantil temprana, aumentó en forma significativa. Jelliffe y Jelliffe ligan este nuevo patrón, la leche humana es altamente protectora contra el marasmo y la diarrea. Los niños alimentados con biberón están en desventaja comparados con los alimentados al pecho, no sólo en las comunidades pobres sino también en los países industrializados.

En las comunidades más ricas en las que la diarrea y la desnutrición son menos conspicuas, se hacen aparentes otras desventajas de la alimentación artificial. Cunningham ha probado que en un poblado pequeño en la parte este de los EUA., se asoció la alimentación al pecho, con significativamente menos casos de enfermedad durante el primer año. En Inglaterra, recientemente se ha demostrado que las infecciones por el virus respiratorio sincicial son más comunes entre los niños alimentados artificialmente.

La alimentación artificial completa de un bebé de 3 meses, usando el producto más barato disponible, en 1970 costaría 1/5 del salario mínimo de un jornalero de India, en 1996 costaría el 33 %

del salario mínimo mensual de un trabajador Mexicano. En base a que una lata de 450 grs. (\$ 20 en promedio) de fórmula debe servir para cuatro días. tratándose de un bebé de tres meses de edad.

El costo de la leche para la alimentación artificial, en Febrero de 1996 es de, \$ 7.49, para la clave I, para la clave II, es de \$ 6.95. en base a los datos anteriores el costo a la Institución es muy elevado, por ejemplo: en hospital General de Zacatecas del ISSSTE es de \$ 73,454.88, para la clave I y de \$ 72,107.28, para la clave II.

En nuestra Unidad de Medicina Familiar de Jerez, Zac., es de \$ 584.22, para la clave I, y de \$ 451.75 de la clave II, en forma mensual. Por lo tanto el ISSSTE gasta \$ 1,035.97 mensualmente para la dotación láctea de forma artificial. No se tienen costos para la leche materna en esta unidad.

La alimentación al pecho es más barata que la artificial aun tomando en consideración el alimento extra requerido por la madre lactante. En Ghana, la alimentación artificial se encontró cinco



veces más cara que la natural después de incluir todos los costos extra para los dos tipos de alimentación.

Todo ello, nos lleva de alguna manera, a justificar la realización del presente estudio, principalmente para implementar acciones específicas, que fomenten la Lactancia Materna.

## 4. OBJETIVOS

En el presente estudio establecimos los siguientes objetivos los cuales son:

### 4.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar las causas del abandono de lactancia materna, en la Unidad de Medicina Familiar de Jerez, Zacatecas en el año de 1996.

## 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer las causas más frecuentes de abandono, de la lactancia materna.
2. Conocer si existe diferencia entre la práctica de la lactancia materna en mujeres trabajadoras y dependientes.
3. Determinar la relación que existe entre las causas de abandono y el tipo de derechoabiente.
4. Establecer si hay relación entre el inicio de ablactación en mujeres trabajadoras y beneficiarias.
5. Conocer si existe diferencia en mujeres trabajadoras y beneficiarias entre la práctica de la lactancia materna y la información recibida de esta.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de investigación de este estudio se realizó en forma observacional, transversal y descriptiva.

### **5.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO**

El universo en estudio comprendió 580 mujeres entre los 20 a 34 años de edad, que son derechohabientes (trabajadoras y beneficiarias) de la Unidad de Medicina Familiar de Jerez, Zacatecas, para el año de 1996.

### 5.3 MUESTREO

El tamaño de la muestra fue conformado por las mujeres que acudan a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar de Jerez, Zacatecas. Por lo tanto el tipo de muestra fue por cuotas, siendo en total 115 mujeres encuestadas, representando un 19.82 % del total del universo.

### 5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### 5.4.1 CRITERIO DE INCLUSION

Se incluyó a todas aquellas mujeres entre 20 años a 34 años de edad, que hallan tenido por lo menos un hijo.

- Se incluyó a todas aquellas mujeres entre 20 a 34 años de edad que hallan tenido por lo menos un hijo.
- Se incluyó a todas aquellas mujeres entre 20 a 34 años de edad, que fueran derechohabientes (trabajadoras o beneficiarias) de la Unidad de Medicina Familiar de Jerez, Zac.

#### 5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyó del estudio a las pacientes que presenten alguna patología agregada, en relación con la práctica de la lactancia materna.

(Mastitis, Ca. De Mama, Grietas en los pezones, cirugía de mama).

Labio superior como el paladar duro totalmente hendidos.

- Se excluyó del estudio a las pacientes que presenten alguna patología agregada, en relación con la práctica de la lactancia materna. (Mastitis, Ca. De Mama, grietas en los pezones, cirugía de mama)
- Se excluyó del estudio a las pacientes cuyo hijo (s) presentara un defecto anatómico en relación con la práctica de la lactancia materna.
- Se excluyó del estudio a las pacientes cuyo hijo (s) fuese considerados como prematuros.

### 5.4.3. CRITERIO DE ELIMINACION

Se eliminó del estudio a las pacientes que se den de baja de la institución.

- Se eliminó del estudio a las pacientes que reunían características para ser incluidas, pero fueron dadas de baja de la institución.

### 5.5. VARIABLES

Variable Dependiente:

- Lactancia Materna

Variable Independientes:

- Abandono de la lactancia materna
- Lactancia materna y edad
- Lactancia materna y causas de abandono
- Lactancia materna en las trabajadoras y beneficiarias
- Lactancia materna e inicio de ablactación.

## 5.6. PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION

Con respecto al procedimiento de este trabajo de investigación se realizó durante un periodo de 6 meses, se llevó a cabo este estudio, en la población femenina de 20 a 34 años de edad, en la Unidad de Medicina Familiar de Jerez, Zacatecas, mediante la aplicación de una encuesta, en la que se obtuvo datos sobre la práctica de la Lactancia, las causas de abandono y la ablactación.

La información fue recopilada mediante un cuestionario aplicado a 115 mujeres derechohabientes (trabajadoras y beneficiarias), con un contenido de 9 preguntas en las que se valoró el grupo de edad, la práctica de la lactancia materna y causas de abandono de la lactancia, control prenatal, así como si recibió información acerca de amamantar a su bebé, la edad de destete y el inicio de la ablactación, la diferencia nutricional entre la leche humana vs. La de bote y finalmente quien cuida a su hijo menor de 6 meses de edad, mediante una entrevista dirigida y por cuotas. La



encuesta fue diseñada para este estudio y fue piloteada en 2 ocasiones en donde se depuro.

Mediante la elaboración de un cronograma se establecieron las actividades del presente estudio, aproximadamente en 6 meses de trabajo para posteriormente elaborar el informe final.

## 5.7 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo se apegó a los principios enunciados en la declaración de "Helsinki II", así como a el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

En mujeres trabajadoras el inicio de la ablactación en menos de 4 meses el 12.17 % (14), a los 4 meses 33.04 % (38), en el 5 mes un 13.04 % (15), al 6 mes 3.47 % (4) y mas de 6 meses 1.73 % (2). Con lo que respecta a las beneficiarias en menos de 4 meses tenemos 8.69 % (10), durante los 4 meses 19.13 % (22), al mes 5 un 6.95 % (8), al mes 6 1.73 % (2). El mayor porcentaje se encuentra en el mes 4 con un total de 52.17 % (60). Como vemos en el cuadro y gráfica No. 1.

La principal causa de abandono de la lactancia materna con un 34.78 % (40) mujeres trabajadoras y 30.43 % (35) mujeres beneficiarias con un total 65.21 % (75) porque disminuyó la producción de leche, seguida por un 11.30 % (13) por cambio de lugar de trabajo y un 7.82 % (9) en cambio de turno en el trabajo.

Finalmente 0 % (0) por que se deforman sus pechos. Como vemos en el cuadro y gráfica No. 2.

En lo que respecta a la práctica de la lactancia materna un muy contundente 95.65 % (110 mujeres) si la practican vs. Un 4.34% (5 mujeres) que no la practican y un 58.26 % (67 en mujeres trabajadoras por un 37.39 % (43) de mujeres beneficiarias. Como vemos en el cuadro y gráfica No. 3.

Un 60 % (69) de mujeres trabajadoras que recibieron control prenatal vs. Un 0.86 % (1) que no la recibieron. Por otro lado el 38.26 % (44) de mujeres beneficiarias que si recibieron control por un 0.86 % (1) que no lo recibió, haciendo un total de 98.26 % que si recibieron control prenatal. Como vemos en el cuadro y gráfica No. 4.

En lo referente a la información de la lactancia materna un 47.82 % (55) de mujeres trabajadoras si la recibieron mientras que un 13.04 % (15) no la recibieron vs. El 30.43 % (35) de mujeres beneficiarias que si recibieron la información por un 8.69 % (10) que no la recibieron. Un total de 78.26 % que si por un 21.73 % que

no recibieron la información. Como vemos en el cuadro y gráfica No. 5.

Para valorar el mes en que suspendió la lactancia materna recopilamos la información en 3 grupos de edad, en el de menor de 4 meses en 20 % (23) de mujeres trabajadoras por un 9.56 % (11) de mujeres beneficiarias. en el segundo grupo comprende de 4 a 6 meses el 26.95 % (31) en mujeres trabajadoras y en beneficiarias un 17.39 % (20) que la suspendieron en esa edad. En el último grupo de menor de 6 meses en las trabajadoras 13.91 % (16) por un 12.17% (14) de las beneficiarias. Los totales son de 60.86 % (70) en las trabajadoras y en las beneficiarias el 39.13 % (4). Como vemos en el cuadro y gráfica No. 6.

Por o que respecta a quien cuida a su hijo menor de 6 meses tenemos a los familiares el 36.52 % (42) en trabajadoras y 3.47 % (4) en beneficiarias. En guarderías 3.47 % (4) en trabajadoras, otros 17.39 % (20) en trabajadoras por un 26.95 % en beneficiarias. Como vemos en el cuadro y gráfica No. 7.

De las 115 madres incluidas en el presente estudio el 7.82 % (9 mujeres) son menores de 24 años. con un rango de edad entre 20

a 24 años, un 36.52 % (42 mujeres) se encuentran entre los 25 a 29 años y el 55.65 % (64 mujeres) comprenden las edades entre 30 a 34 años de edad. Como vemos en el cuadro y gráfica No. 8.

Como observamos en la gráfica el mayor grupo de mujeres se encuentran entre los 30 a 34 años de edad, tanto trabajadoras como beneficiarias, y el menor entre los 20 a 24 años. Como vemos en el cuadro y gráfica No. 8.

Tanto las mujeres trabajadoras como las beneficiarias reconocen que el valor nutricional de la leche materna es muy superior a las leches maternizadas como nos lo refleja estos resultados. En mujeres trabajadoras el 60 % (69) reconoce la superioridad nutricional por un 0.86 % en contra. Y en las beneficiarias el 39.13 % (45) a favor por 0 % en contra. La suma total a favor es de 99.13 % (114) por un 0.86 % (1) en contra. Como vemos en el cuadro y gráfica No. 9.

## 6.2 TABLAS (CUADROS Y GRAFICAS)

**SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ, ZAC.**

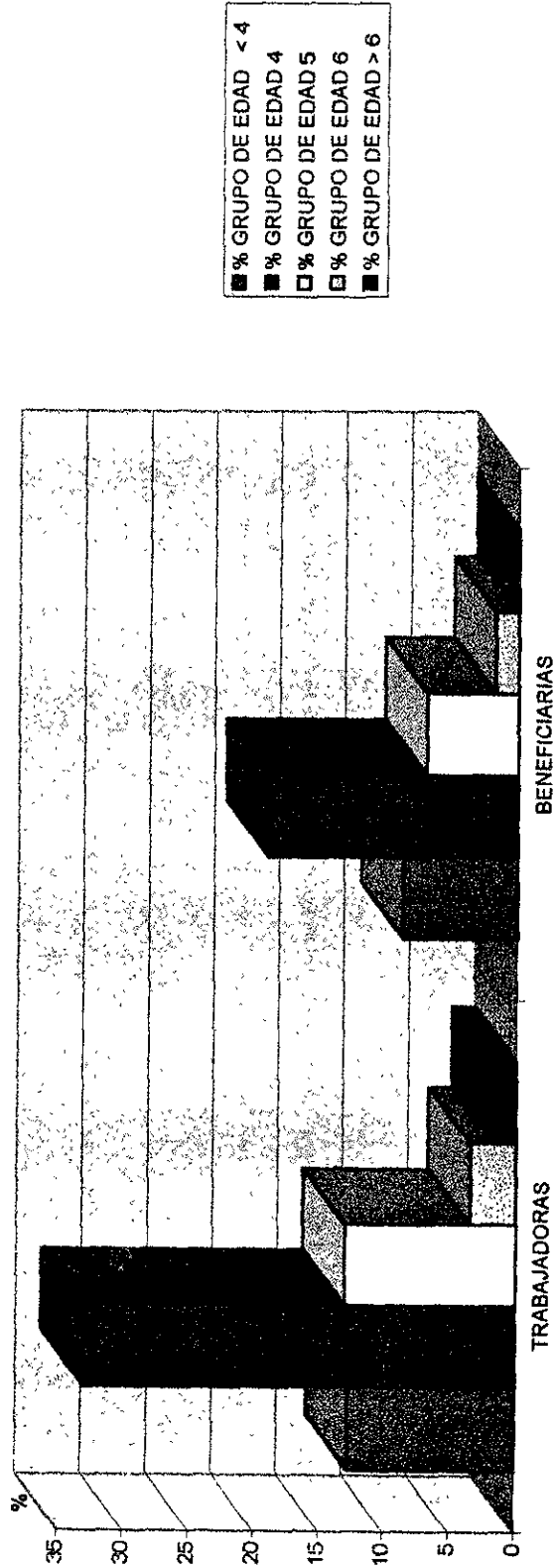
CUADRO No. 1

1996  
INICIO DE ABLACTACION

MADRES	GRUPO DE EDAD										TOTAL	%
	< 4	4	5	6	> 6	6	4	2	2	6		
TRABAJADORAS	14	38	15	4	2	15	13.04	3.47	4	2	73	63.47
BENEFICIARIAS	10	22	8	2	0	8	6.95	1.73	2	0	42	36.52
TOTAL	24	60	23	6	2	23	20	5.21	6	2	115	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A DERECHOHABIENTES

GRAFICA No. 1



FUENTE: CUADRO No. 1

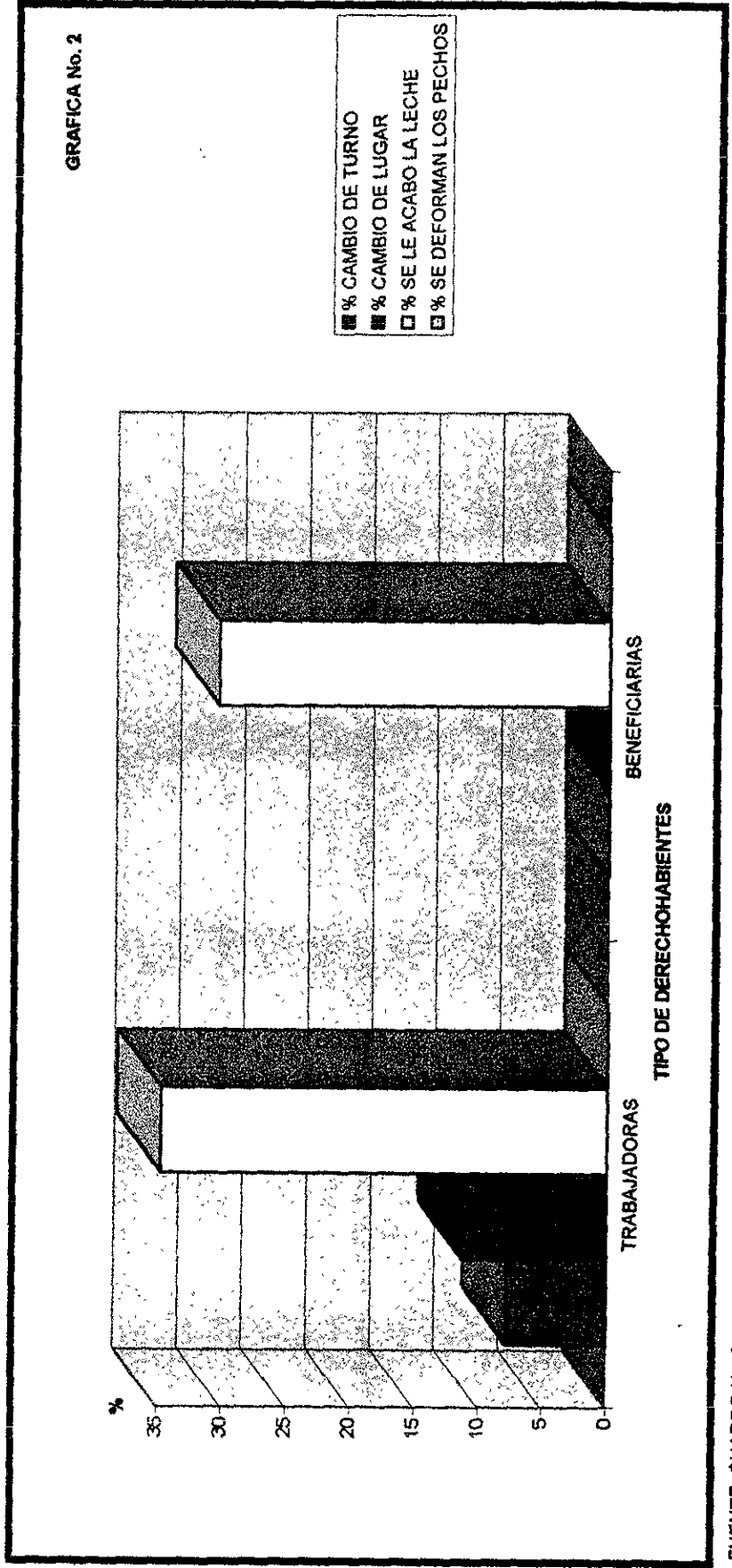
**SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ, ZAC.**

CUADRO No. 2

**1996  
CAUSAS DE ABANDONO**

MADRES	CAMBIO DE TURNO		CAMBIO DE LUGAR		SE LE ACABO LA LECHE		SE DEFORMAN LOS PECHOS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TRABAJADORAS	9	7.82	13	11.3	40	34.78	0	0
BENEFICIARIAS	0	0	0	0	35	30.43	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>7.82</b>	<b>13</b>	<b>11.3</b>	<b>75</b>	<b>65.21</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A DERECHOHABIENTES



FUENTE: CUADRO No. 2

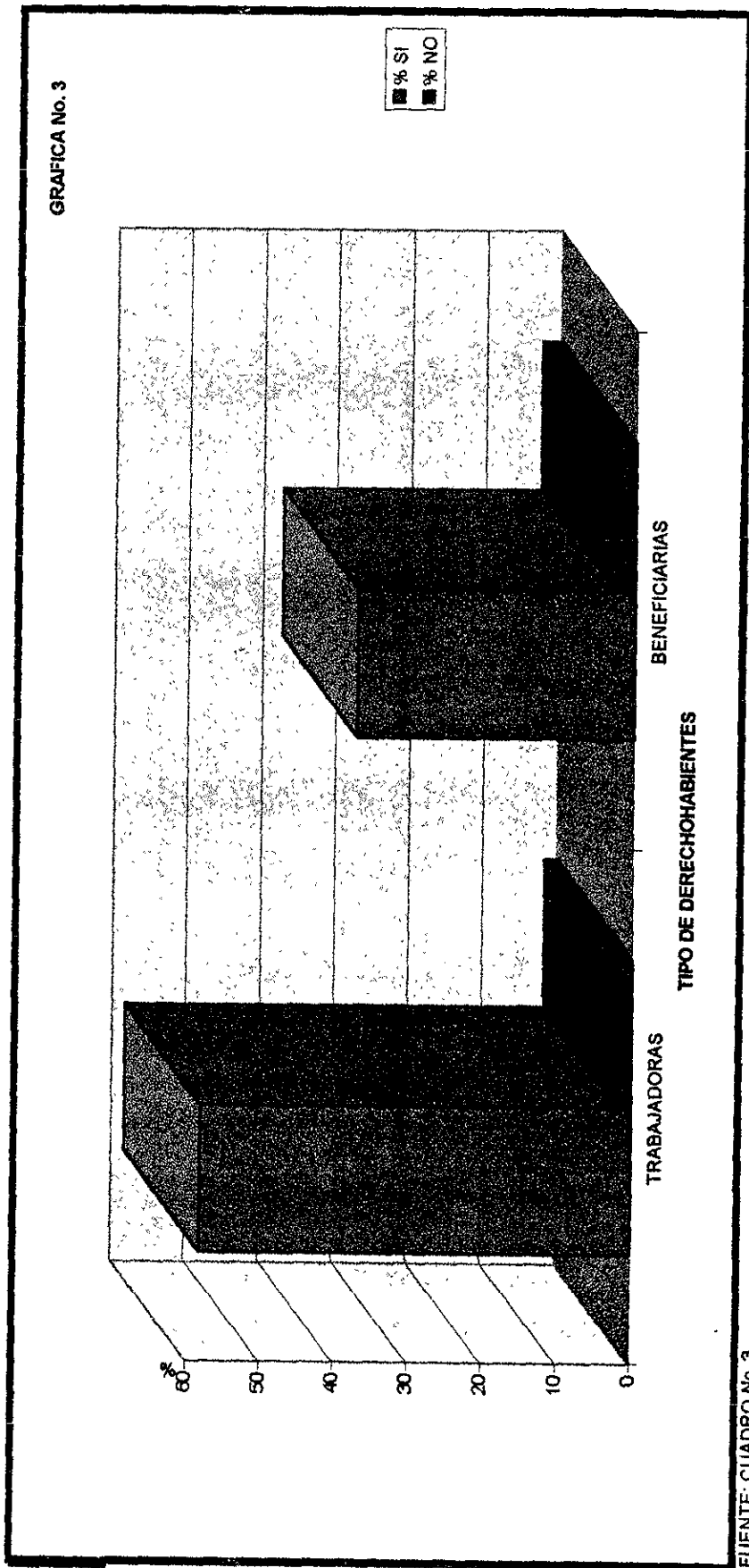
**SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ, ZAC.**

CUADRO No. 3

1996  
PRACTICA DE LACTANCIA MATERNA

MADRES	SI	%	NO	%
TRABAJADORAS	67	58.26	2	1.73
BENEFICIARIAS	43	37.39	3	2.6
TOTAL	110	95.65	5	4.34

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A DERECHOHABIENTES



FUENTE: CUADRO No. 3



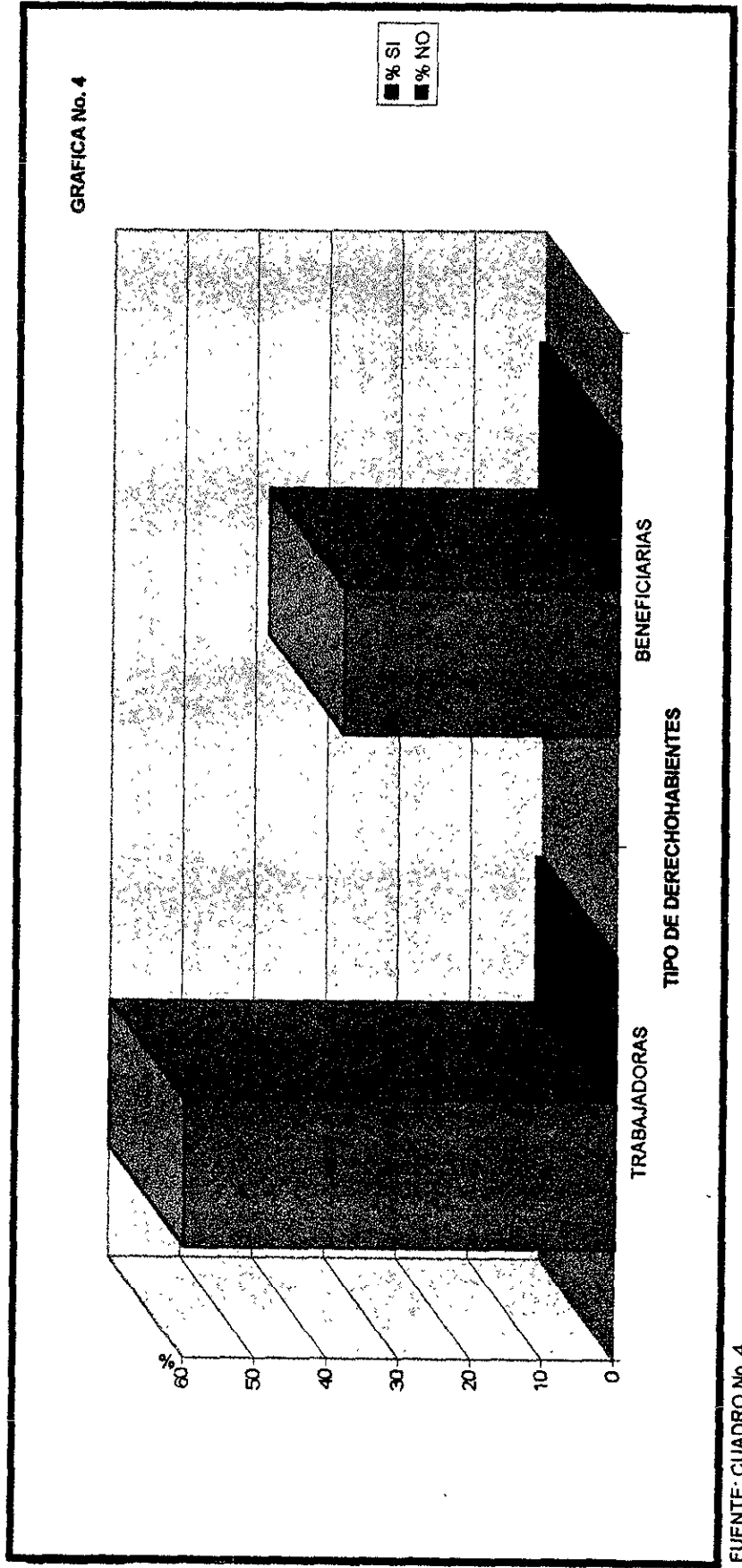
**SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ, ZAC.**

1996  
CUADRO No. 4

**CONTROL PRENATAL**

MADRES	SI	%	NO	%
TRABAJADORAS	69	60	1	0.86
BENEFICIARIAS	44	38.26	1	0.86
TOTAL	113	98.26	2	1.73

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A DERECHOHABIENTES



FUENTE: CUADRO No. 4

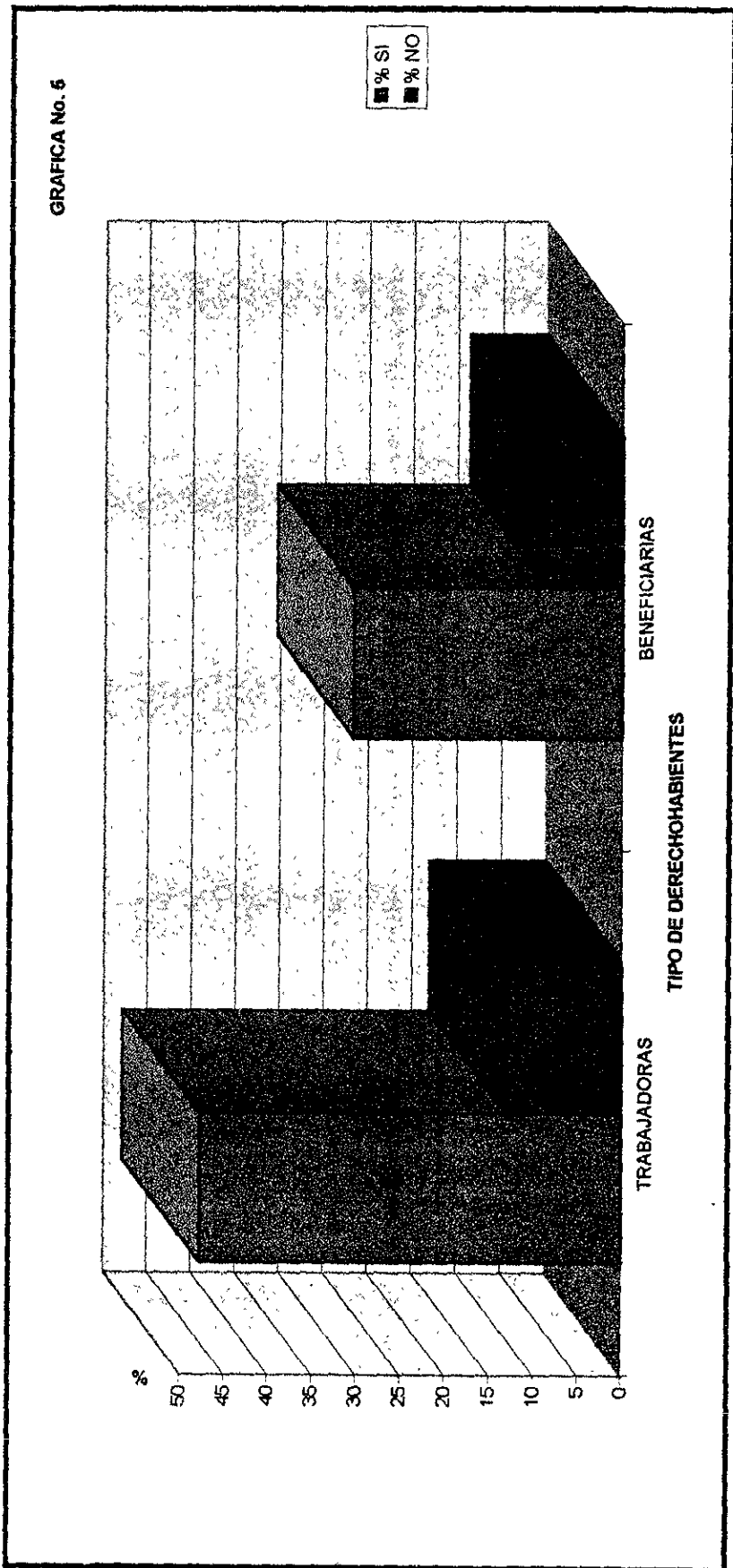
**SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ, ZAC.**

CUADRO No. 5

**1996  
INFORMACION DE LA LACTANCIA MATERNA**

MADRES	SI	%	NO	%
TRABAJADORAS	55	47.82	15	13.04
BENEFICIARIAS	35	30.43	10	8.69
TOTAL	90	78.26	25	21.73

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A DERECHOHABIENTES



FUENTE: CUADRO No. 5

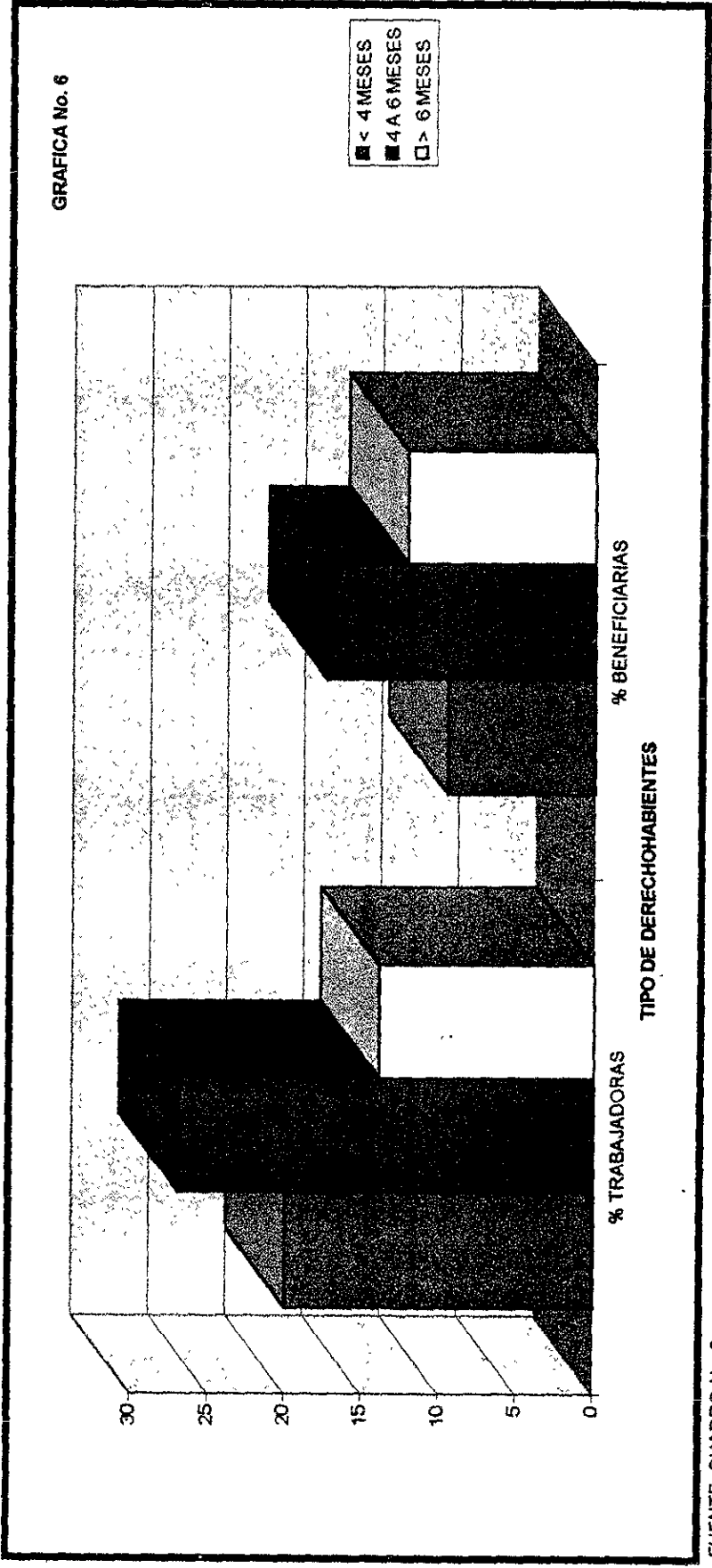
**SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ, ZAC.**

CUADRO No. 6

1996  
MES EN QUE SUSPENDIO LA LACTANCIA MATERNA

GRUPO DE EDAD	TRABAJADORAS		BENEFICIARIAS	
	NO.	%	NO.	%
< 4 MESES	23	20	11	9.56
4 A 6 MESES	31	26.95	20	17.39
> 6 MESES	18	13.91	14	12.17
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>59.13</b>	<b>43</b>	<b>37.39</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A DERECHOHABIENTES



FUENTE: CUADRO No. 6

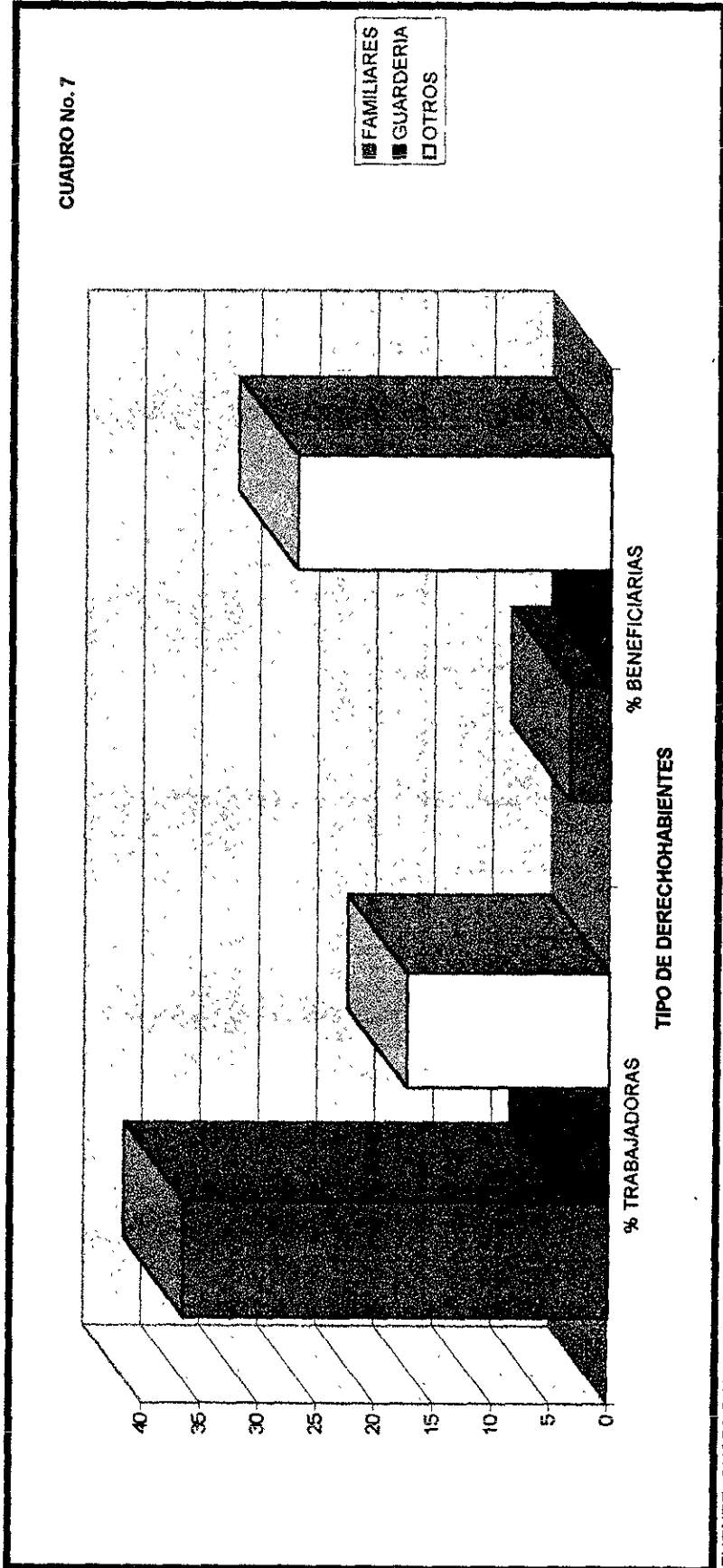
**SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ, ZAC.**

CUADRO No. 7

1996  
QUIEN CUIDO A SU HIJO MENOR DE 6 MESES

CUIDADO	TRABAJADORAS		BENEFICIARIAS	
	NO.	%	NO.	%
FAMILIARES	42	36.52	4	3.47
GUARDERIA	4	3.47	0	0
OTROS	20	17.39	31	26.95
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>57.39</b>	<b>35</b>	<b>30.43</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A DERECHOHABIENTES



FUENTE: CUADRO No. 7

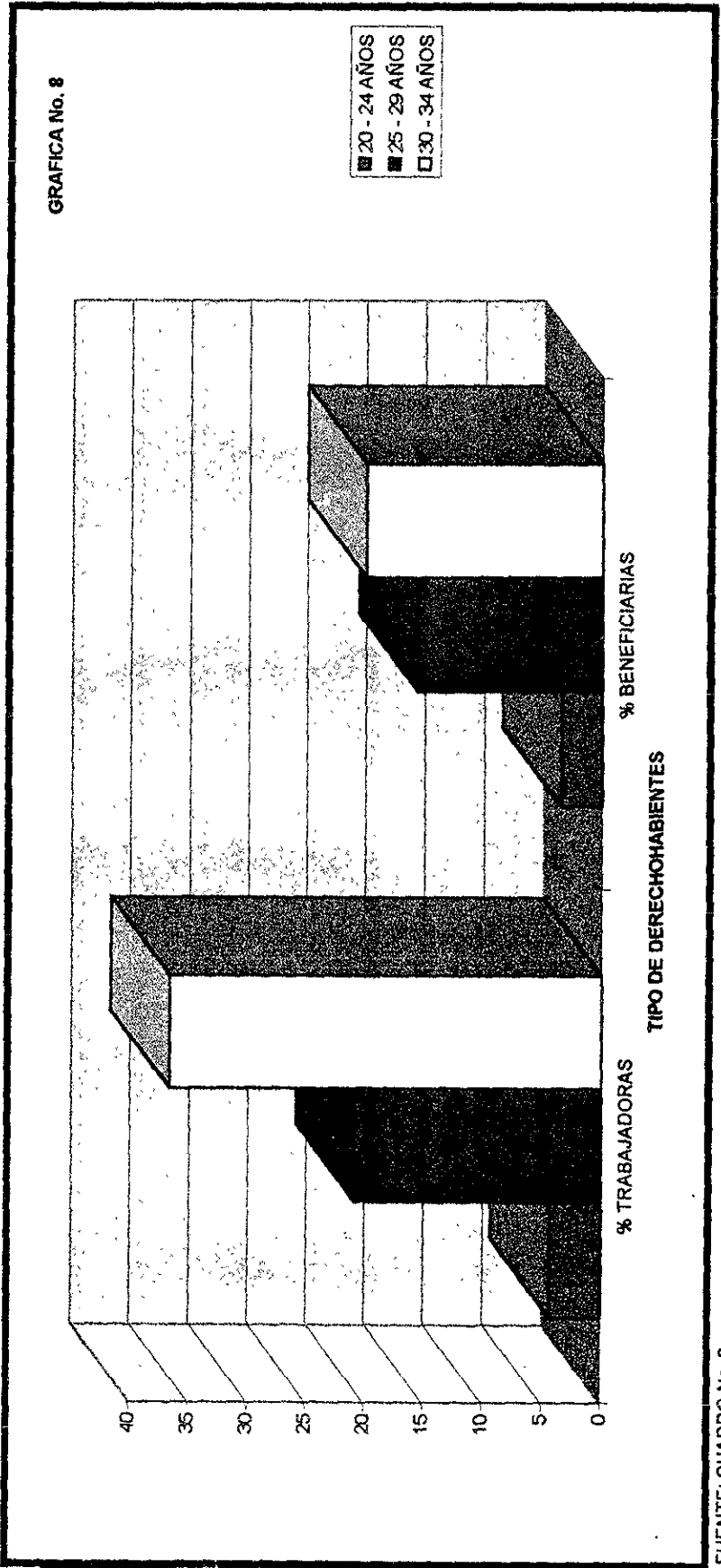
**SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ, ZAC.**

1996  
CUADRO No. 8

MADRES POR GRUPO DE EDAD

GRUPO DE EDAD	TRABAJADORAS		BENEFICIARIAS	
	NO.	%	NO.	%
20 - 24 AÑOS	5	4.34	4	3.47
25 - 29 AÑOS	24	20.86	18	15.65
30 - 34 AÑOS	41	36.65	23	20
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>60.86</b>	<b>45</b>	<b>39.13</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A DERECHOHABIENTES



FUENTE: CUADRO No. 8

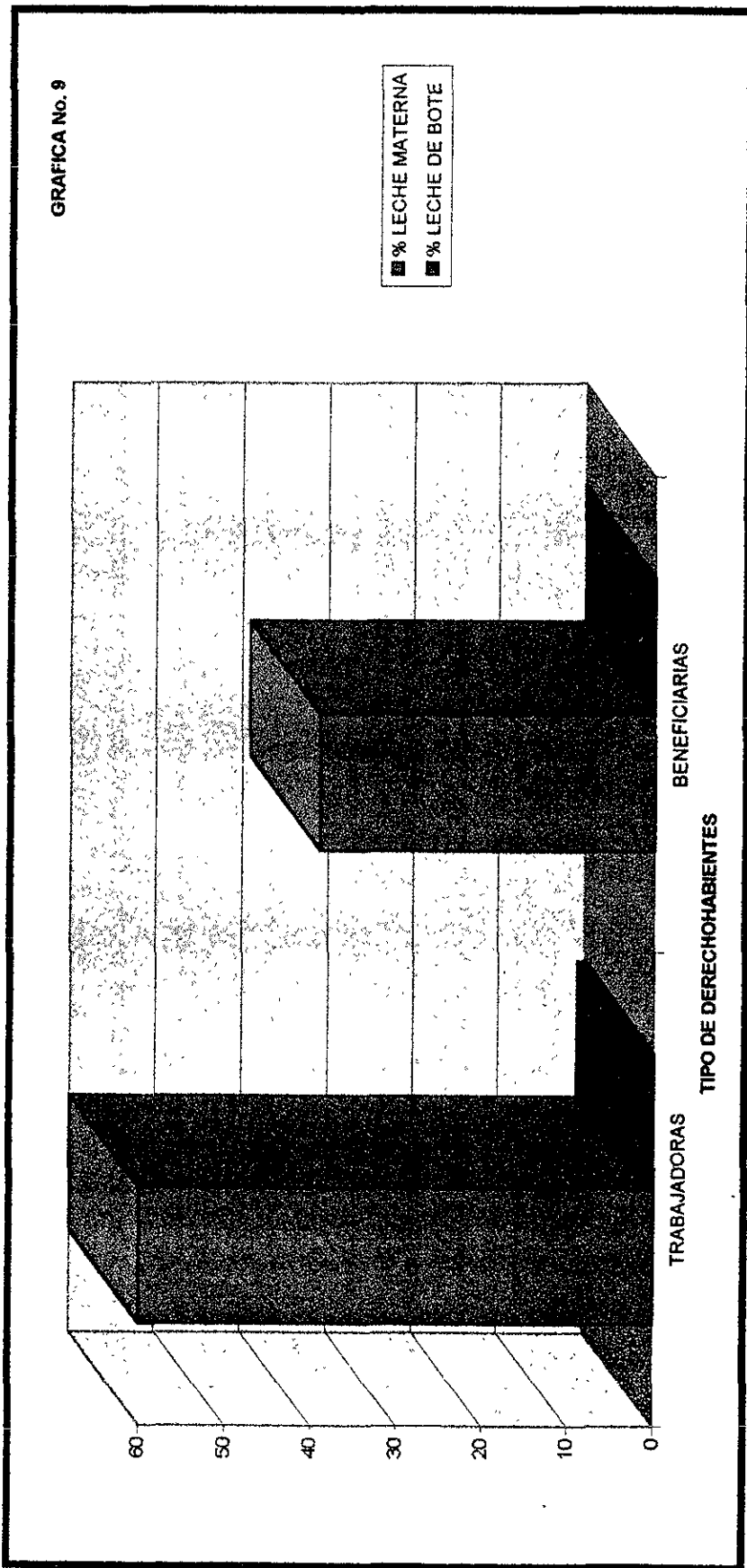
**SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN DERECHOHABIENTES DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JEREZ, ZAC.**

CUADRO No. 9

1996  
DIFERENCIA NUTRICIONAL

MADRES	LECHE MATERNA		LECHE DE BOTE	
	NO.	%	NO.	%
TRABAJADORAS	69	60	1	0.86
BENEFICIARIAS	45	39.13	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>99.13</b>	<b>1</b>	<b>0.86</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A DERECHOHABIENTES



FUENTE: CUADRO No. 9

## 7. DISCUSION

La iniciación de la ablactación en este estudio tiene una mediana de 4 meses de edad, tanto en las madres trabajadoras como beneficiarias, en comparación con madres urbanas de la ciudad de Tlaxcala (8) en donde la introducción de alimentos no lacteos presentan una mediana de mayor de 4 meses. Por lo tanto el criterio que puede ser aplicado para el inicio de la ablactación generalmente se presenta durante el periodo de los 4 a los 6 meses de vida. (6).

La principal causa de abandono de la lactancia materna en nuestro estudio en madres trabajadoras y beneficiarias fue porque disminuyó la producción de leche, seguida por cambio de lugar de trabajo o cambio de turno en comparación en las encontradas en la S.S. (7) que son 1) falta de información, 2) publicidad de las compañías de fórmulas de biberones, 3) cansancio, 4) falta de tiempo y no se ajusta al papel de una mujer profesional y 5) preocupación del que el bebé llorará cuando ella no le pueda dar de comer. Finalmente no encontramos ninguna mujer que abandonara la lactancia materna por causas estéticas. En un estudio se propuso

que la mujer decida, lactancia materna o lo estético de su pecho.  
(16).

En lo que respecta a la práctica de la lactancia materna las madres trabajadoras con un mayor índice (1.58 % de las madres beneficiarias (37 %) contra un mínimo de madres derechohabientes que no la practican (4.3 %). Nuestra población se comporta como una sociedad industrializada en donde se ha demostrado que la lactancia materna es más común entre mujeres asalariadas que entre las que no trabajan fuera de la casa (7). En el hospital público de Valencia un total del 64 % practican la lactancia materna contra el 36 % que no la practican en madres trabajadoras (14). En Islandia en el año de 1990 el 64 % de todos los bebés fueron alimentados al seno materno (15).

En lo que respecta al control prenatal de las trabajadoras lo recibieron en un 60 % por un 0.86 % que no lo recibió y las beneficiarias lo recibieron en un 38 % contra el 0.86 % que no lo recibió. En Santiago de Chile se compara un grupo de madres con control prenatal y otro sin control favoreció la lactancia materna por un 65 % de las que no presentaron control prenatal (23). En Nigeria compararon 2 grupos, el primero con 126 mujeres con control



prenatal y otro de 130 mujeres sin control prenatal. el 31.6 % de las mujeres con control favoreció la lactancia materna en comparación del 5.6 % de las no controladas (25)

La duración de la lactancia materna el mayor índice comprenden las mujeres trabajadoras. el 27 % contra el 17 % de las madres beneficiarias, entre los meses del cuatro al sexto. En comparación con niños urbanos de la ciudad de Tlaxcala que su mediana fue de 3 meses (8). Por otra parte en Islandia para el año de 1990 el 64 % suspendieron la lactancia materna (15). Los niños de la República Dominicana en el año de 1984 la duración promedio de la lactancia materna fue de 7 meses (19).

El presente estudio de investigación se realizó en sus inicios con una gran confusión por los diferentes pasos que exige un trabajo de este tipo. ulteriormente conforme se fueron alcanzando las diferentes metas. éste estudio empezó a tomar una mayor configuración. así como iba creciendo el trabajo. así el investigador también adquirió un mayor conocimiento para futuras elaboraciones de trabajos de investigación.

Considero que el tema tratado. en actual, de importancia crucial. que va dirigido a el primer nivel de atención, por ende

dirigido a la familia y al médico familiar. es un tema trascendente a nivel mundial. puede ser aplicado desde cualquier centro de salud hasta hospitales de tercer nivel. además es económico ya que el costo es mínimo, tomando en cuenta los grandes beneficios obtenidos.

## 8. CONCLUSIONES

La primer causa de abandono fue porque disminuyó la producción de leche, seguida por un cambio de lugar de trabajo, posteriormente por un cambio de turno en el trabajo y finalmente ninguna por problemas estéticos.

Si existe diferencias entre la práctica de la lactancia materna en mujeres trabajadoras y dependientes, ya que las primeras tienden más hacia la práctica de la lactancia que las segundas.

La relación que existe entre las causas de abandono y el tipo de derechohabiente, se encontró que es similar entre ambas, en problemas no laborales y si es muy evidente en las causas de abandono por problemas de tipo laboral en que las trabajadoras tienen en un mayor porcentaje de abandono en comparación con las madres beneficiarias.

La relación encontrada entre el inicio de ablactación en mujeres trabajadoras y beneficiarias, fue que las trabajadoras y beneficiarias tienden en forma similar a iniciar la ablactación a los 4 meses de edad.

Las mujeres trabajadoras recibieron en un mayor número información de la lactancia materna en comparación con las beneficiarias por lo tanto, las trabajadoras tienden más a la práctica de la lactancia materna que las beneficiarias.

En este orden de ideas concluimos que si se cumplieron los objetivos trazados.

Mediante este estudio concluimos que el nivel educativo influye en la actitud de las madres con respecto a la lactancia materna. En forma positiva, ya que se comporta como una sociedad industrializada y cada vez más se preocupan por incrementar su nivel de salud por ende se propone aumentar el número de pláticas, capacitar el personal de salud de forma por demás convincente, para que estos a su vez en el contacto de 1° nivel aprovechan las

consultas de control prenatal o en el puerperio para recalcar éste tipo de información entre otras. Además la información sea expuesta a población abierta.

Establecer en el medio educativo a partir de niñas de secundaria un programa que incluya en su contexto la lactancia materna y sus bondades. Para que desde esa edad empiecen a tomar conciencia de la importancia de este tema, ya que en esa edad se encuentran en la pubertad y se exponen a un posible embarazo.

Por el momento crítico económicamente por el que atraviesa nuestro país, la lactancia materna es un alimento barato, natural, estéril, que no requiere de ningún gasto extra para la familia como lo es la lactancia artificial. Por lo que se propone eliminar en un 80 % las dotaciones lácteas a las unidades del Sector Salud para que se vean las madres más comprometidas a practicar la lactancia materna con una duración mínima de 4 meses.

En lo que respecta a las madres trabajadoras propongo que la madre trabajadora se extraiga leche cuando este en

su centro de trabajo y guardarla en refrigeración de ser posible o en un termo para que esta leche le sea dada al lactante por la persona que lo cuida y enseñar al esposo que por las noches el realice esta labor ayudando a descansar a la madre.

Finalmente la lactancia materna es fuente de salud, por lo que se debe de fomentar la práctica, un mínimo de 6 meses y así se mantiene menos riesgo de infección, mala nutrición.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Helsing Elisabet: Guía práctica para una buena lactancia. 1990; 13.23.
- 2.- Brent - NB; Redd - B; Bwaretz - A; D' Amico - F; Greenberj.- JJ: Breast - Feeding in a low - income populztión. Program to increase incidence and duración. Arch - Pediatr - Adolesc - Med. 1995. Jul; 149 (7): 798 - 803
- 3.- O'Gara - C; Canahuat: - J; Martin - AM: Every Mother is a Working mother: Breastfeeding and nomen's work . Int - J - Synaecol - Obstet. 1994 Dec; 47 suppl: 5 33 - 8; discusión 538-9.
- 4.- Losch - M; Dungy - CI; Russell - D; Dusdicker - LB: Impact of attitudes en maternal decisions regarding infant feeding. J - Pediatr. 1995 apr; 124 (4): 507 - 14.
- 5.- Toppare - MF; Kitapci - F; Senses - DA; Kaya - IS; Dilmen - V; Lalel: - Y: Lactationzl fzi lure - Study of risk factors in turkish mothers. Indian - J - Pediatr. 1994 May - Jun; 61 (3): 269 - 76.
- 6.- Aneguin Osuna L.: Actualidades en Alimentación Infantil. IMSS. 1992 Agosto: 328 - 34.
- 7.- Secretaria de Salud: Situación Actual de la lactancia en la madre trabajadora: carpeta de la lactancia 16-1-8.
- 8.- Ruiz Francisco J; Cravioto Alejandro: Factores que afectan la duración de la lactancia al seno materno en una cohorte de madres urbanas seguidas longitudinalmente. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. Vol. 46 - Número 11; Nov. 1991: 705 - 8.
- 9.- Secretaria de Salud: Problemas de la madre que afectan una lactancia exitosa: carpeta de la lactancia: 117 - 26.

- 10.- Helsing Elisabet: Como debe manejar la lactancia la madre trabajadora. Guía práctica para una buena lactancia 1981; 261.
- 11.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Editorial Porrúa S.A. 112ª. Edición. 1996, 120 - 21.
- 12.- UNICEF; UNESCO; OMS; SEP: Para la vida; Lactancia Materna 1990. 18 - 23.
- 13.- Valenzuela R.H.; Luenjas B. G.; Marguet S. L.: Manual de Pediatría. 1983: 131 - 137.; 163 - 170.
- 14.- Escriba - Aguir - V; Mas - Pons - R; Colomer - Revuelta - C. The duration of breast feeding and work activity. An - Esp. Pediatr. 1996 May; 44 (5): 437 - 41.
- 15.- Freysteinnsson - H; Sigurdsson - JA - Breast - Feeding in Iceland. Predictive Factors and effects of interventive measures. Scand - J - Soc - Med. 1996 Mar; 24 (1): 62 - 6.
- 16.- Silva - IA. Breast - Feeding: assuming risks or guaranteeing benefits I. Rev - Esc - Enferm - USP. 1996 Apr; 30 (1): 170 - 1.
- 17.- Arato - A; Azalai - K; Tausz - I; Szonyi - L. Favorable effect of breast- feeding and late introduction of cow's milk on the prevention of suspected allergic symptoms in infancy. Orv - Hetil. 1996 Sep 8; 137 (36): 1979 - 82.
- 18.- He - M; Yang - Y; Li - M. Effects of different modes For health education on mother's knowledge of baby feeding - Chung - Hua - Yu - Fang - I - Hsueh - Tsa - Chih 1996 Mar; 30 (2): 71 - 3.
- 19.- Bautista - Le . Duration of breast - feeding in the Dominican Republic. Bol - Oficina - Sanit - Panam. 1996 May; 120 (5): 414 - 24.
- 20.- Levitt - CA; Kaczorowski - J; Hanvey - L; Avard - D; Chance - GW - Breast - Feeding policies and practices in Canadian hospital



providing maternity care. *Can - Med - Assoc - J.* 1996 Jul 15; 155 (2): 181 - 8.

21.- Hauck - Y; Reinbold - J. Criteria for successful breast - Feeding: mother's perceptions. *J - Aust - coll - Midwives.* 1996 Mar; 9 (1): 21 - 7.

22.- Wang - Ys; Wu - Sy. The effect of exclusive breast Feeding on development and incidence of infection in infants. *J - Hum - Lact.* 1996 Mar; 12 (1): 27 - 30.

23.- Pugin - E; Valdes - V; Labbok - MH; Pérez - A; Aravenz - R. Does prenatal breast feeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breast feeding promotion program. *J - Hum - Lact.* 1996 Mar; 12 (1): 15 - 9.

24.- Kvisst - LJ; Persson - E; Lingman - GK. A comparative study of breast feeding after Traditional postnatal hospital care and early discharge. *Midwifery.* 1996 Jun; 12 (2): 85 - 92.

25.- Davies - Adetugbo - AA. Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. *J-Diawhoecal - Dis - Res.* 1996 Mar; 14 (1): 5-11.

26.- Haider - R; Islam - A; Hamadani - J; Amin - NJ; Kabir - I; Malck - MA; Mahalanabis - D; Habte - D. Breast - feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bull - World - Health - Organ.* 1996; 74 (2): 173 - 9.

27.- Hartley - BM; D' Connor - ME. Evaluation of the 'Best start' breast - feeding education program. *Arch - Pediatr - Adolesc - Med.* 1996 Aug; 150 (8): 868 - 71.

28.- Piper - S; Parks - PL. Predicting the duration of lactation; evidence from a national survey. *Birth.* 1996 Mar; 23 (1): 7 - 12.

- 29.- Ighogboja - IS; Odumgdu - CU; Olarewaju - RS. Breast feeding pattern in Jos, Nigeria, before baby - friendly hospital initiative. *J - Trop - Pediatr.* 1996 Jun; 42 (3): 178 - 9.
- 30.- Jakobsen - MS; Sodemann - M; Molbak; Aaby - P. Reason for Termination of breast feeding and the length of breast feeding. *Int - J - Epidemiol.* 1996 Feb; 25 (1): 115 - 21.
- 31.- Hamosh - M; Ellis - LA; Pollock - DR; Henderson - TR; Hamosh - P. Breast feeding and the working mother: effect of Time and Temperature of short - term storage on proteolysis, lipolysis, and bacterial growth in milk. *Pediatrics.* 1996 Apr; 97 (4): 492 - 8.
- 32.- Livingstone - V. Too much of a good thing. Maternal and infant hyper lactation syndromes. *Can - Fam - Physician.* 1996 Jan; 42:89-99.
- 33.- Meier - PP; Engstrom - JL; Fleming - BA; Streeter - PL; Lawrence - PB. Estimating milk intake of hospitalized preterm infants who breast feed. *J - Hum - Lact.* 1996 Mar; 12 (1): 21 - 6.
- 34.- Miller - NH; Miller - DJ; Chism - M. Breast feeding practices among resident physicians. *Pediatrics.* 1996 Sep; 98 (3 pt1): 434 - 7.
- 35.- Wang - Ys; Wu - Sy. Mother's own expressed breast milk: guide - lines for storage. *Mod - Midwife.* 1996 Jun; 6 (6): 27 - 9.
- 36.- Castillo - C; Atalah - E; Riumallo - J; Castro - R. Breast - feeding and the nutritional status of nursing children in Chile. *Bull - Pan - Am - Health - Organ.* 1996 Jun; 30 (2): 125 - 33.
- 37.- Almiron - P; Fatjo - A; Fernandez - M; Fernandez - de - Sanmamed - MJ; Gomez - MA; Marti - M; Relat - V. Women and breast feeding; Understanding their experiences and analyzing the performance of the health system. *Aten - Primaria.* 1996 May 15; 17 (8): 501 - 6.

38.- Grummer - Strawn - LM. The effect of changes in population characteristics on breast feeding Trends in fifteen developing countries. *Int - J - Epidemiol.* 1996 Feb; 25 (1): 94 - 102.

39.- Nube - M; Asenso - Okyere - WK. Large differences in nutritional status between fully weaned and partially breast fed children beyond the age of 12 months. *Evr - J - Clin - Nutr.* 1996 Mar; 50 (3): 171 - 7.

40.- Lust - KD; Brown - JE; Thomas - W. Maternal intake of cruciferous vegetables and other foods and colic symptoms in exclusively breast - fed infants. *J - Am - Diet - Assoc.* 1996. Jan; 96 (1): 46 - 8.

## ANEXO No. 1

## CUESTIONARIO

1.- ¿Cuál es su nombre ? \_\_\_\_\_

2.- ¿ Cuantos años tiene ? \_\_\_\_\_ su ocupación \_\_\_\_\_

3.- ¿ A cuantos niños ha amamantado ? \_\_\_\_\_ , y a cuantos No \_\_\_\_\_

4.- ¿ La principal causa de abandonar la lactancia fué:

a) Cambió de turno en el trabajo SI ó NO

b) Cambió de Lugar de trabajo SI ó NO

c) Por que se le acabó la leche SI ó NO

d) Porque se le deforman sus pechos SI ó NO

5.- ¿ Recibió control médico antes de su parto ? SI ó NO

¿ Recibió información acerca de la lactancia materna y sus bondades ? SI ó NO

6.- ¿ A los cuantos meses le suspendió el pecho a sus hijos ?

1-, 2-, 3-, 4-, 5-, 6-, 7-, 8-, 9-, 10-, 11-, 12-, ó más

7.- ¿ A su hijo menor de 6 meses de edad quien se lo cuida o se lo cuidó ?

a) Familiares SI ó NO

b) Guardería SI ó NO

c) Otros SI ó NO, explique quien \_\_\_\_\_

8.- ¿ A que edad de vida inició otro alimento que no sea leche ?

a) Antes de 4 meses ( )

DR. RODRIGUEZ ABILA / PEDRO ARTURO

ZACATECAS, ZAC.

REVISA:

ETAPA III

DR. GRANIEL.

#69

RECIBIDO: 11-sept.-98.

DR. RODRIGUEZ AVILA / PEDRO ARTURO

ZACATECAS, ZAC.

REVISA:

DR. GRANIEL

ETAPA III.

#69.