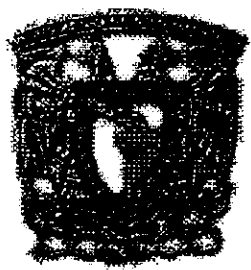


11226
102



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO**
UNIDAD ACADÉMICA
MÉRIDA, YUCATÁN

**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA
LACTANCIA MATERNA: EL CASO DE LAS DERECHOHABIENTES
DEL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE EN YUCATÁN”**

**JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL REGIONAL "MERIDA"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. LUIS JORGE VALLE ACEVEDO



MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO, ENERO 1999

286509



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TITULO

“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA LACTANCIA
MATERNA: EL CASO DE LAS DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL
REGIONAL DEL ISSSTE EN YUCATÁN”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. LUIS JORGE VALLE ACEVEDO


DR. JACINTO MIGUEL RAMIREZ BAHENA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN MÉRIDA, YUC.


DR. JORGE BERNARDO VARGAS CORREA

ASESOR DE TESIS

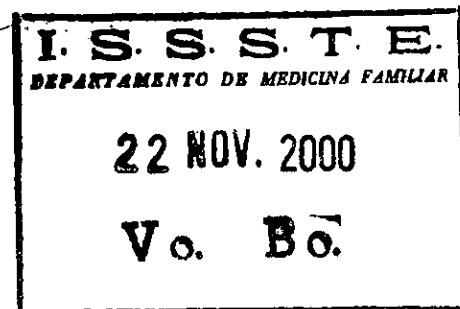

DR. JOSE CASTRO CANTE

ASESOR DE TESIS. I.S.S.S.T.E.


DRA. LETICIA EZNAURRIZAR JURADO

JEFA DE EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR

JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE



TITULO

“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA LACTANCIA
MATERNA: EL CASO DE LAS DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL
DEL ISSSTE EN YUCATÁN”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. LUIS JORGE VALLE ACEVEDO

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.

ÍNDICE.

CONTENIDO :	PÁGINA
MARCO TEÓRICO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVOS	22
METODOLOGÍA	23
RESULTADOS	27
ANÁLISIS	41
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	46

MARCO TEÓRICO

La historia de la lactancia materna comienza desde el mismo origen de la especie humana, y su lucha por conservar la especie desde la antigüedad se considera un tema importante.

Si bien la práctica de la lactancia materna ha sido fortalecida en los últimos años a nivel mundial, sigue representando un problema el abandono de su misma práctica.

En muchos países la morbimortalidad en el grupo de menores de un año es mayor en los niños que no son alimentados al seno materno y los procesos infecciosos como diarreas son de una frecuencia diez veces mayor en los niños alimentados con biberón. Así mismo la mala nutrición de estos niños se relaciona directamente con el abandono de la lactancia, ablactaciones inadecuadas y destete temprano.¹ (5)

Después de la declaración conjunta de la OMS-UNICEF en 1989 sobre la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, nuestro país ha contribuido con firme convicción a reafirmar y rescatar la cultura de la lactancia en la población.

Como antecedente histórico, México ha luchado para garantizar los derechos a la protección de la salud en un marco legal desde 1917, con diversos artículos, legislados en nuestra constitución sobre los derechos de proteger y procurar la realización de la práctica materna; también podemos mencionar su apoyo a la legislación del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y su participación en otras iniciativas internacionales como es la declaración de Inocenti en 1980 (en Florencia, Italia) en la que se firmó junto con otros gobiernos la declaración sobre la protección, fomento y apoyo a la lactancia materna.

La declaración cita "los gobiernos deberán establecer un sistema nacional para evaluar los objetivos y desarrollar indicaciones tales como: la proporción de lactantes amamantados exclusivamente hasta los cuatro meses de edad". Durante la cumbre mundial de la lactancia, se adoptó una declaración de supervivencia, protección y desarrollo del niño y un plan de acción para aplicarla en el decenio 1990-2000. (6, 7)

¹ Perinatología Y reproducción humana Instituto Nacional de Perinatología "exploración de factores que pueden modificar el establecimiento y la duración de la lactancia". Vol. 2 # 1, enero-marzo, 1998. Pág. 16.

Este tema durante años ha sido gradualmente estudiado y en la actualidad, en nuestro país, cobra una gran importancia, en particular en nuestro medio de trabajo, donde tenemos una gran responsabilidad para que nuestras madres lacten el mayor tiempo posible y así frenar en alguna forma la creciente tendencia en el mundo a destetar cada día más temprano, situación de la que no está exento nuestro país.

Existen condiciones que afectan la producción de leche materna, como son los factores emocionales, especialmente en la madre joven. Variadas influencias operan negativamente sobre la fisiología de la lactancia. El mito de que la lactancia deforma al busto, lo refuerza hasta el propio Médico Familiar.

En la producción de leche en la recién parida influye más la preparación de la madre (prenatal), el estado emocional y sobre todo la técnica que puede ser aplicada.

La embarazada acumula reservas alimenticias durante la gestación para garantizar la nutrición del recién nacido. Se deben incorporar a la alimentación de la madre frutas, legumbres, productos lácteos y líquidos abundantes, pero no se requiere sobrealimentación.

Algunas recién paridas parecen no tener leche, pero si se succionan mecánicamente se extrae leche, porque casi todos los reflejos necesarios para producir y eyectar la leche están inhibidos completamente.

El dolor en los pezones puede entorpecer seriamente la lactancia. Cuando la leche comienza a fluir generalmente el dolor disminuye y aun desaparece; si se acompaña de fisuras del pezón, las molestias son más persistentes. Las fisuras del pezón pueden fallar la lactancia y propiciar infecciones.²

Se debe recordar que durante la lactancia hay que extremar los cuidados higiénicos; las mamas voluminosas y péndulas se deben mantener con un sostén de tamaño apropiado.

Si el niño no succiona con suficiente rigor o meramente mastica el pezón, al haber exceso de leche retenida, las mamas pueden endurecerse, e hincharse, (11) y producir mastitis.

² Brito, M.: "Estudio sobre la influencia de la lactancia materna y su duración en la salud del niño de Diciembre a Febrero 1993". Rev Cub de Enf. Ene-Abr. 1995.

Según estudios recientes la leche humana es el alimento ideal para el lactante debido a sus ventajas nutricionales, económicas, inmunológicas, antiinfecciosas y también como método anticonceptivo.³

De los datos más recientes (1982-1983) el 32% de las mujeres del medio urbano y el 15% de las del medio rural no dieron lactancia a su último hijo; solo el 25-35% de los niños en áreas urbanas y el 50% en las rurales recibieron lactancia durante 3 meses y solo el 8% de los lactantes del medio urbano y el 22% del rural la recibieron por 6 meses o más. (12)

Estudios realizados demuestran que la prevalencia y duración de la lactancia materna es menor en mujeres de alta escolaridad y las que trabajan fuera de casa. (12)

Existe una gran diferencia entre la tasa de mortalidad de los recién nacidos alimentados al seno materno y en los grupos más bajos. Esto se explica por los contenidos de la leche materna ya que ésta posee anticuerpos bacterianos y virales con alta concentración de anticuerpos IgA secretores que impiden que los microorganismos se adhieran a la mucosa intestinal. (13) También protege contra infecciones del tipo respiratorias, otitis media, bacteriemia, meningitis y otras. (12)

Las condiciones sociológicas, económicas y culturales que facilitan o impiden el amamantamiento no han recibido suficiente atención de los investigadores ni se conocen bien. Lo que en una sociedad parece constituir un obstáculo importante, en otra surte poco o ningún efecto. Sin embargo, elementos como la desnutrición materna, el exceso de trabajo y la falta de tiempo, parecen ser factores obvios de influencia. (14)

Los consejos dados a las mujeres embarazadas por los obstetras, enfermeras, auxiliares, trabajadores de atención primaria y comadronas, constituyen un factor importante en la decisión de aquellas de amamantar o no a sus hijos.

A menudo se ha dicho que las madres mal nutridas en los países en desarrollo no pueden lactar lo suficiente para propiciar el adecuado desarrollo de sus infantes, por lo que, bajo condiciones socioeconómicas de pobreza la alimentación con fórmula láctea es costosa e inadecuada, mientras que el amamantar proporciona sin lugar a dudas, la mejor respuesta.

³ Martín, V Dewailly et Al. Enciclopedia Médico Quirúrgica, Ginecología y Obstetricia, París, 1º996. Ed Laffant Tomo 3 pag 810-12.

Así pues, es importante asegurar a las madres de bajo ingreso económico que sus bebés crecerán mejor si son amamantados.⁴

El calostro es particularmente rico en Ig secretora, lactoferrina, macrófagos, células B, lisozima, todo esto protege contra la adquisición de infecciones.

El apego es quizá una de las ventajas de amamantar y ha estimulado el retorno a la alimentación al pecho en el mundo desarrollado. Además de favorecer el proceso de apego inicial, el amamantamiento tiene otras ventajas para la madre: le proporciona la satisfacción emocional de saber que está proveyendo las necesidades del infante varias veces al día; es conveniente para ella porque no supone la limpieza y esterilización de utensilios, ni tiene que comprar éstos; causa poco trastorno, en especial por las noches. Además, en el puerperio temprano, cada vez que el niño succiona se libera oxitocina que ayuda a contraer el útero y a detener el sangrado. De esta forma la involución temprana de la matriz es promovida por el acto de dar “pecho” al bebé, a diferentes etapas que la distinguen ligeramente.

Primero, el calostro, aparece en los últimos días del embarazo y aumenta notablemente durante los primeros días que siguen al parto; segundo, la leche temprana, es decir, la segregada durante las primeras semanas de la lactancia; tercero, la leche intermedia o madura que comprende la que se segrega durante los 2 a 6 meses de edad del niño; y por último, la leche tardía, es aquella que proporciona la madre a partir del séptimo mes y que a menudo se prolonga hasta los 10 a 12 y aún más meses de edad.⁵(16)

SECRECIÓN LÁCTEA

Las células secretorias dispuestas alrededor del alvéolo, unidad secretoria funcional, drenan su secreción por los canales alveolares cuya estructura está compuesta de células mioepiteliales autónomas.

⁴ Ysuzá-Ogazon, A. “Consideraciones biosociales de la lactancia materna”. Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”, publicación L-55, Pág. 55, Tlalpan D.F. México, 1995.

⁵ Vargas, S. Educación para la salud. Ed Interamericana, 1993, Pág. 7-15.

El agua y las proteínas son secretadas por un proceso de tipo merocrino. El agua representa del 85 al 95% del peso de la leche y las proteínas del 0.8 al 0.9%, aunque este contenido varía en función del tiempo.

Los lípidos constituyen el elemento energético principal de la leche de la madre, y representan del 2% al 3.5% del peso de la leche.

La lactosa es el constituyente glúcido y tiene una elevada concentración en la leche (7%) siendo además su principal carga osmótica.

La síntesis y la secreción lácteas se estimulan por la acción de la prolactina, que a su vez es mantenida por la succión. La oxitocina produce la contracción de las células mioepiteliales y la eyección de la leche en los canales galactóforos. Otras hormonas que intervienen en el volumen secretados son ACTH, insulina, cortisol y hormonas tiroideas. Algunos medicamentos también pueden influir en la secreción láctea.

VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN Y EN EL VOLUMEN SECRETADO

La composición de la leche varía mucho en el transcurso de las primeras semanas después del parto. El calostro es rico en proteínas y pobre en lípidos y electrolitos. Poco a poco se transforma y su fórmula definitiva aparece en el curso de la tercera semana.

El pH del calostro es alcalino; el pH de la leche definitiva es más ácido aunque varía no solo de una mujer a otra sino también en el transcurso de una tetada que al principio de ella. Los niveles de proteínas son más elevados al final de la tetada.

La secreción láctea diaria es variable (400-900 ml) siendo máxima al final de la noche. El flujo plasmático mamario es considerable, representando de 400 a 500 veces el volumen de la secreción láctea. El volumen secretado aumenta igualmente a lo largo de las semanas. Estas variaciones en el volumen y en la composición repercuten en la transferencia del medicamento del plasma hacia la leche.(17)

COMO SE PROMOCIONA LA LACTANCIA MATERNA

En épocas remotas la tradición nos da cuenta de que existieron mujeres amazonas y que estas tenían la necesidad de cortarse un seno para poder portar el arco, por lo que se vieron en la necesidad de tener mujeres nodrizas para amamantar a su hijos.

Cuenta Diócloro Sicuto que las amazonas africanas, hábiles guerreras, cortaban uno de sus pechos para poder tensar sus arcos en la batalla. Desde entonces data el primer antecedente de utilización de la leche animal en la alimentación de los lactantes.⁶

En el Egipto prehistórico la lactancia materna se prolongaba hasta los tres años. En otras civilizaciones antiguas como la india, este era igualmente alimento común de los infantes, aunque las clases sociales altas utilizaban las amas de cría.

Durante la edad media también en toda Europa se mantuvo la costumbre, y es a partir de los siglos XVII y XVIII que aparece la nodriza, utilizada por las clases superiores que abandonaban el amamantamiento de sus hijos, con la consiguiente secuela de desnutrición y mortalidad.

A partir del siglo XIX, el desarrollo de la industria y los descubrimientos bacteriológicos y técnicos, hicieron posible que la lactancia artificial fuera sustituyendo a las nodrizas, sobretodo en Europa y Norteamérica, tendencia que se acentuó en el XX con el predominio del pensamiento de vida de modo occidental.

En Cuba después del triunfo de la Revolución se dieron cambios en la economía del país que desviaron la atención de la población del tipo de vida occidental americano que habían tenido años antes, hasta hacer regresar a la tradición de amamantar a sus hijos.⁷

Actualmente en cuba se ha disminuido ya la mortalidad infantil gracias a esas medidas aumentando la esperanza de vida al nacer a los 75 años. Aún continúa la práctica de lactar en virtud de que no han cambiado mucho las condiciones socioeconómicas y la conciencia de amamantar ya ha arraigado.

⁶ Díaz T.N. "La naturaleza marcará la ruta". Rev Cubana Aliment nutr 1997; 11(1): 58-60

⁷ Silva, E. "El retorno a la Medicina Tradicional en Cuba": Congreso Internacional de Medicina Familiar. ISSSTE, 1995.

El amplio abandono de la alimentación al seno materno característica del siglo veinte. Hoy en día existe marcada variación en la incidencia de lactancia materna como la edad y el destete.

Las diferencias en índices de la alimentación al seno parecen regirse principalmente de factores culturales más que capacidades biológicas de grupos de mujeres.

Además se considera que la leche materna es totalmente adecuada para las necesidades nutricionales de los niños durante cuatro a seis meses y puede servir como un elemento importante de la dieta infantil durante los primeros años. Sin embargo, muchas mujeres nunca comienzan la lactancia materna y otras destetan a sus hijos a la semana o meses.

Durante la década pasada, se llevaron a cabo varios programas para la promoción de la alimentación al seno en diversos países.

Todos estos estudios han mostrado que los cambios en las rutinas hospitalarias son provechosos para incrementar los índices de lactancia materna.

Estos primeros representan esfuerzos para corregir en hospitales los procedimientos perinatales que afectan el inicio del amamantamiento y para capacitar a los profesionistas en cuanto al manejo clínico de la lactancia materna; en la mayoría de estos programas incluyen el uso de los medios de comunicación y actividades educativas para madres, algunos proyectos, organizaciones voluntarias tales como la Liga de la Leche, participaron de manera importante planeando algunas campañas educativas y financian grupo de apoyo a las madres.

COMPARACIÓN DE LA COMPOSICIÓN DEL CALOSTRO Y DE LA LECHE HUMANA CON LA LECHE DE VACA (g%)

	CALOSTRO	LECHE DE MUJER	LECHE DE VACA
AGUA	87	87.5	86
PROTEÍNAS	8.5	1 - 2	3.5
LACTOSA	3.5	6.5 - 8	4.7
LÍPIDOS	2.5	3-5	3.5
CALCIO	0.03	0.03	0.14
HIERRO	0.1 mg	0.15 mg	0.1 mg (17)

En la especie humana la prolactina juega esencialmente un papel fisiológico en la lactancia. Sus efectos estimulante en la mamogénesis, la lactogénesis y la galactopoyesis son bien conocidos. Es necesario recordar el efecto sinérgico de los estrógenos y el efecto bloqueador de la progesterona en la lactogénesis. Después del parto, la reanudación de la actividad ovárica se hace paralelamente a la resorción de la hiperprolactinemia fisiológico del embarazo. Es retardada por la lactancia que mantiene una hiperprolactinemia moderada y regresiva con el tiempo, cuyo mecanismo hace intervenir a la serotonina. Las otras acciones fisiológicas de la prolactina son accesorias.

La secreción láctea solo puede producirse bajo el efecto de la prolactinemia si el parénquima mamario existe previamente y si está preparado por los estrógenos y la progesterona que favorecen la acción mitótica de la prolactina y el desarrollo de la estructura alveolar. (18)

LACTOGÉNESIS

Es la fase de la diferenciación glandular funcional en la que aparece la secreción. Se compone de 2 estadios, uno durante el embarazo (estadio I) y otro en el período perigestacional (estadio II). Durante el estadio I, cada célula alveolar se desarrolla y organiza para convertirse en un elemento capaz de las organelas necesarias para llevar a cabo esta función bajo la influencia conjunta de la insulina y del cortisol. A continuación llega la etapa de la síntesis de las enzimas que intervienen en la secreción láctea. Esta etapa

depende para su función protectora, no puede ejercerla durante el embarazo debido a la actividad inhibidora de la progesterona y del factor de crecimiento epidérmico. Este primer estadio de la lactogénesis tiene lugar durante el segundo trimestre del embarazo y se estabiliza hacia el final de la gestación, lo que implica la aparición de una secreción mínima en las luces alveolares.

El estadio II comienza 2 a 3 días después del parto y corresponde a un período de transición. La glándula secreta leche verdadera. Este período casi se ha completado hacia el décimo día después del parto.

En el momento del parto, la fuente de las hormonas gravídicas (estrógenos, progesterona y hormona lactógena placentaria) queda bruscamente interrumpida, por lo que sus niveles plasmáticos comienzan a disminuir. De esta forma, liberada la glándula del principal factor inhibidor de su secreción, es decir, la progesterona, puede comenzar a secretar libremente bajo el control de la prolactina: “es la subida de la leche”.

LACTOPOYESIS

La succión despierta impulsos aferentes que viajan hacia el encéfalo a partir de los nervios sensitivos del pezón. Estos impulsos son transmitidos a distintos niveles del sistema nervioso central y acaban eventualmente dando lugar a descargas de oxitocina y prolactina. La prolactina estimula la síntesis y secreción de la leche hacia las luces alveolares, mientras que la oxitocina estimula la contracción de las células mioepiteliales y por tanto la salida de la leche hacia los grandes conductos galactóforos, facilitando de esta forma su extracción cuando el recién nacido succiona.

De algunos días a algunas semanas, la cantidad de leche secretada se ajusta a las necesidades del lactante. La prolactina desempeña un papel esencial en la lactogénesis. Sin embargo, es menos que evidente su efecto sobre la cantidad de leche producida al día. Parece que para mantener la diferenciación funcional del epitelio glandular es necesaria una cierta cantidad de esta hormona, pero la cantidad de leche producida podría estar regulada por otro mecanismo, por ejemplo, por la cantidad de leche residual que queda en las luces alveolares después de cada toma.

La duración de la infertilidad que acompaña a la lactancia varía considerablemente de unas sociedades a otras. Es directamente proporcional a la frecuencia de las tomas y depende de la inhibición de la actividad ovárica. Durante mucho tiempo se ha creído que la prolactina secretada en cada toma era la encargada de mantener el reposo del ovario. Hoy se admite que si la toma y, con ella, la transmisión por vía nerviosa de una información que viaja de la glándula mamaria hasta el hipotálamo es algo real, la responsabilidad de la inhibición de la ovulación recaerá en el bloqueo directo de la secreción de hormona liberadora de gonadotropina y por tanto, será independiente de la prolactina. (19)

PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA EN EL ISSSTE

Previo a la implantación del programa hospital amigo del niño y de la madre en el ISSSTE a través del programa institucional de nutrición, se ha venido mencionando la lactancia materna, como un recurso natural y óptimo para el recién nacido.

Sin embargo, la estrategia de ayuda alimentaria directa a través de una dotación de fórmulas lácteas desde el nacimiento, se iniciaba en el hospital, donde se proporciona la primera dotación hasta los primeros 6 meses de vida del lactante, lo que desacreditaba todo esfuerzo por prestigiar la lactancia materna.

En 1986 el programa mencionado es objeto de actualización y una de sus modificaciones principales gira alrededor de la lactancia materna, se pretende ya no sólo prestigiarla sino promoverla e institucionalarla, haciéndola eje conductor del programa, y para ello la estrategia de dotación láctea se modificó, tanto como las condiciones particulares de la derechohabiencia durante la lactancia lo permitían.

Sin embargo, estas estrategias no eran suficientes para consolidar la lactancia materna exclusiva en el ISSSTE; continuaban proporcionándose en los hospitales dotaciones lácteas y durante la estancia hospitalaria posparto se incluían ayuno y uso de soluciones glucosadas hasta cumplir 24 horas de vida, después el niño se le entregaba a la madre para iniciar la lactancia materna, habiendo administrado previamente la fórmula láctea modificada en proteínas, o suministrándola una hora después para completar, sin proporcionar adiestramiento a la madre sobre cómo lactar a su bebé. En 1993, se incluye la dotación de fórmulas lácteas al hospital, no así en las unidades médicas del primer nivel de atención.

Posteriormente se dio más impulso al programa hospital amigo del niño y de la madre en el ISSSTE y con ello se plantea una nueva postergación de la ayuda alimentaria directa (fórmulas lácteas hasta después de los 4 meses de vida del niño). La lactancia materna exclusiva en el ISSSTE inicia a tornarse en una realidad. (2)

CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

- 1.- Objetivo: El código tiene por objeto proteger y fomentar la lactancia materna, mediante la reglamentación de una distribución y comercialización adecuadas de los sucedáneos de la leche materna.
- 2.- Alcance: El código se aplica a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, cuando estén comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse para sustituir parcial o totalmente a la leche materna. Los sucedáneos de la leche materna incluyen los siguientes alimentos y bebidas: fórmulas infantiles, otros productos lácteos, cereales en papillas, jugos o mezclas de verduras, jugos y tés para bebés, y lches llamadas de seguimiento.

El código se aplica a los biberones y tetinas.
- 3.- Publicidad: El código no permite ninguna publicidad destinada al público de los productos arriba mencionados.
- 4.- Muestras: No se permiten muestras a las madres y sus familias ni a los agentes de salud.
- 5.- Sistemas de atención de salud: No se permite alguna promoción de los productos en los servicios d salud. No se permite el uso de personal de las compañías fabricantes de dichos productos en los servicios de salud.
- 6.- Agentes de salud: Los fabricantes no pueden dar regalos ni muestras a los agentes de salud sobre sus productos. debe ceñirse a datos científicos y objetivos.
- 7.- Suministros: No se permite la distribución gratuita de suministros de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y clínicas.

8.- Información: El material informativo y educativo debe explicar los beneficios de la lactancia materna, los riesgos para la salud vinculados al uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles.

9.- Etiquetas: Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la lactancia materna es superior, explicar la necesidad de consultar a un agente de salud antes de usar un sucedáneo y deben contener una advertencia sobre los riesgos de su uso para la salud.

10.- Productos: Los productos que no son apropiados para los lactantes como la leche condensada azucarada, no se deben promover para bebés. Todos los productos deben ser de buena calidad de acuerdo con las normas del codex alimentarius y deben adecuarse al clima y a las condiciones de almacenamiento del país donde se usan. (2)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA

1.- Favorecer el contacto inmediato y la relación afectiva madre-hijo desde el momento del nacimiento y evitar la separación en el puerperio inmediato.

2.- Fomentar la alimentación al seno materno desde el posparto inmediato, evitando la mala nutrición, el uso indiscriminado de sucedáneos y las infecciones cruzadas.

3.- Aprovechar el máximo los recursos humanos y materiales en la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, y favorecer la atención humanitaria a la madre y al niño con motivo del parto.

4.- Determinar las funciones del médico, enfermera y trabajadora social en las áreas de consulta prenatal, posparto inmediato y alojamiento conjunto.

5.- Rigorizar las acciones de fomento a la práctica de la lactancia materna a través de la clínica de lactancia.

6.- Contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna e infantil. (4)

El programa comprende los siguientes 25 puntos.

1. Normas y procedimientos escritos.
2. Capacitación nominal del personal.

3. Difusión de la lactancia a las embarazadas.
4. Inicio de la lactancia dentro de los primeros 30 minutos posteriores al nacimiento.
5. Enseñar a la madre cómo dar de mamar y cómo mantener la lactancia.
6. Lactancia materna exclusiva.
7. Alojamiento conjunto.
8. Alimentación a libre demanda.
9. Erradicación del uso de biberones.
10. Formación de grupos de apoyo.

ACCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

11. Control prenatal con enfoque de riesgo.
12. Atención institucional del parto.
13. Atención del puerperio.

ACCIONES PREVENTIVAS.

14. Esquema de vacunación.
15. Vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.
16. Detección del cáncer cervicouterino y mamario.

ACCIONES EDUCATIVAS

17. Orientación nutricional.
18. Promoción del uso de vida suero oral.
19. Prevención y control de enfermedades respiratorias agudas.
20. Promoción de planificación familiar.
21. Capacitación continua.

INVESTIGACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN

22. Estudios de mortalidad materna y perinatal.

23. Sistematización de la experiencia.
24. Identificación y aprovechamiento de oportunidades perdidas.
25. Investigación. (2)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las costumbres relacionadas con la lactancia materna y artificial, se han visto modificadas con los cambios culturales que han sufrido las familias transformadas en conjuntos urbanos y con características de familias modernas en donde la madre tiene que trabajar para aportar recursos económicos al seno familiar.

Estas costumbres influyeron en el abandono de las viejas prácticas de alimentar a los recién nacidos al seno materno cambiándolas por alimentación artificial con biberón y leches industrializadas que cobraron auge en los países desarrollados.

Nuestro país inmerso en el conjunto de cambios estructurales acelerados que se dan en nuestra época, han tenido que adoptar las prácticas que han dado resultado en los países ya citados del Primer Mundo.

Sin embargo, considerando que una gran mayoría de nuestro país se considera como rural, la lactancia artificial no tuvo razón de ser en virtud de que las madres campesinas generalmente se acompañan de sus hijos, pero fueron eliminando la lactancia materna adoptando la artificial.

Asimismo, los beneficios que la lactancia materna proporciona a los infantes en sus primeros meses de vida, tales como protección inmunológica, apoyo nutricional, fortalecimiento de las relaciones madre-hijo y adecuado desarrollo psicomotriz.

Es por ello, que retomar la práctica antiguas de lactancia materna pudieran mejorar las condiciones de salud de los niños de nuestra época alejando los problemas que se suscitaron con la utilización de la lactancia artificial.

Tomando en consideración los anteriores conceptos se nos ha venido a la mente la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos teóricos básicos, que relacionados con la lactancia materna tiene las derechohabientes del ISSSTE en Yucatán?

JUSTIFICACIÓN

Muchos países en el mundo han implementado medidas para proteger los derechos de los niños de ser alimentados al seno materno y también los derechos de las mujeres de poder alimentar a sus hijos recién nacidos con lactancia materna exclusiva.

En México el Programa “HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE”, han alcanzado significativos logros que han permitido cumplir con los compromisos contraídos en la cumbre mundial a favor de la infancia realizado en Alma Ata, Rusia. Las acciones de este programa son rescatar la práctica de la lactancia materna por medio de la certificación de los hospitales que atienden a la mujer embarazada, esto incluye la capacitación permanente de todo el personal que labora en el hospital en todas sus áreas, actividades que brinden orientación a embarazadas, madres, amas de casa y en general, a toda la familia sobre las bondades del programa así como la aplicación y vigilancia del manual de procedimientos del programa (1, 2, 3).

Dentro de las políticas de la Subdirección General Médica del ISSSTE, se encuentra el desarrollo de programas de atención integral a la salud, y el de otorgar un preferente apoyo a las acciones preventivas, en particular a la educación en la salud, como una alternativa capaz de incidir en las causas de orden conductual que genere cambios profundos en el terreno de los valores, actitudes y estilo de vida que afectan el bienestar del individuo, de la familia y de la comunidad, como lo indica el artículo 4 constitucional cuyo cumplimiento se orienta al derecho de protección de la salud que tienen todos los mexicanos.

La Educación para la Salud, pretende capacitar a la población derechohabiente, a través de procesos educativos, para que se proteja de los riesgos que ponen en peligro su salud, para desarrollar hábitos que mejoren sus condiciones generales y prolonguen su esperanza de vida, y motivarla para que actúe activa, consciente y responsablemente en el autocuidado de su salud, por lo que es necesario conocer los índices de morbilidad y mortalidad de los núcleos poblacionales a quienes va dirigida la educación para la salud. (7, 8)

La instalación del programa de lactancia materna, representa un gran reto para las instituciones de salud dada la gran penetración de la industria farmacéutica, por la gran

comercialización lograda de la alimentación infantil artificial. (5) El Hospital Regional Mérida del ISSSTE, desde 1992 viene trabajando con la OMS y la UNICEF para la implantación de dicho programa dentro del hospital; el programa ya ha cubierto a personal médico, paramédico, administrativo y otros. Se ha trabajado también en el área de cuneros donde los biberones han desaparecido y se ha promocionado la lactancia a través del binomio médico – obstetra pediatra. En la actualidad se desea llevar el programa a la población derechohabiente en general, más allá del ámbito de la madre en período de pre y pos lactancia; se requiere implementar las acciones tendientes a capacitar a todos los derechohabientes por lo que se hace necesario el estudio del campo de los conocimientos de los mismos. (9, 10)

Como programa piloto, se investiga la prevalencia de los conocimientos básicos para una buena lactancia materna a través de un instrumento de investigación con los conocimientos básicos de la lactancia basados en el programa que se ha estado desarrollando en el hospital, y se buscará la validación de este test a través de su realización.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos teóricos básicos que sobre Lactancia Materna tiene la población derechohabiente del Hospital Regional Mérida del ISSSTE.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar cuál ha sido la fuente de información sobre lactancia materna en la población derechohabiente del Hospital Regional Mérida del ISSSTE.
- Identificar las principales creencias populares y los mitos de la Lactancia Materna.

HIPÓTESIS

Dado que se trata de un trabajo de tipo descriptivo no requiere Hipótesis.

METODOLOGÍA

1. Tipo de Estudio.

Descriptivo, Observacional, descriptivo, Prospectivo.

2. Población, Lugar y Tiempo.

Requiere adultas, Derechohabientes adscritas al Hospital

Regional Mérida del ISSSTE; del 1º de agosto al 31 de Diciembre de 1998.

3. Tipo y Tamaño de la Muestra.

Aleatoria por cuotas hasta un total de 124 encuestadas.

4. Criterios de selección.

4.1. Criterios de inclusión.

Derechohabientes adscritos y del Hospital Mérida del ISSSTE.

Mujeres

Edad 18 a 60 años.

Que sepan leer y escribir

Que haya estado embarazada alguna vez en su vida o actualmente.

Que hayan amamantado alguna vez en su vida o estén amamantando actualmente.

4.2. Criterios de Exclusión.

No derechohabientes

Que no sepan leer y escribir.

Que nunca se hayan embarazado.

Que nunca hayan amamantado.

4.3. Criterios de Eliminación

Cuestionarios incompletos.

Preguntas con más de una respuesta.

5. Variables de Medición.

Variable.	Tipo de Variable.	Escala de Medición
Edad	Cuantitativa	Años
Lactancia materna	Cuantitativa	Conocimiento o desconocimiento
Lactancia artificial	Cuantitativa	Conocimiento o desconocimiento
Programa de lactancia materna	Cuantitativa	Conocimiento o desconocimiento
Fuente de información de lactancia materna	Cuantitativa	Personal médico, y no médico
Ventajas de la lactancia materna.	Cuantitativa	Conocimiento o desconocimiento
Mitos de la lactancia materna	Cuantitativa	Conceptos populares

Lactancia Materna.- Se define como la alimentación del recién nacido y del lactante a través del seno materno. La lactancia materna puede ser completa o parcial.

Lactancia Artificial.- Es considerada como la alimentación proporcionada con leche industrializada utilizando vasitos entrenadores exclusivos para la alimentación del Recién Nacido.

Conocimientos sobre lactancia.- Se define como la cantidad de conceptos que la madre tiene con relación a la manera de alimentar a sus hijos durante los primeros meses de vida.

El grado de conocimiento sobre los aspectos teóricos básicos de la lactancia materna se definió como: alto, medio, bajo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Tomando en consideración que se trata de aspectos fundamentales e íntimamente relacionados con la privacidad de las familias y específicamente del binomio madre-hijo en una etapa con altos niveles de susceptibilidad, para realizar el presente estudio se tomaron todas las precauciones éticas y morales que nuestra sociedad reclama.

En los acuerdos de Helsinki se establece el respeto al derecho de la privacidad de los pacientes estudiados, por lo que antes de encuestarlas se les informó acerca del Estudio y se les solicitó su autorización para la aplicación del formato de encuesta y así participar en esta investigación.

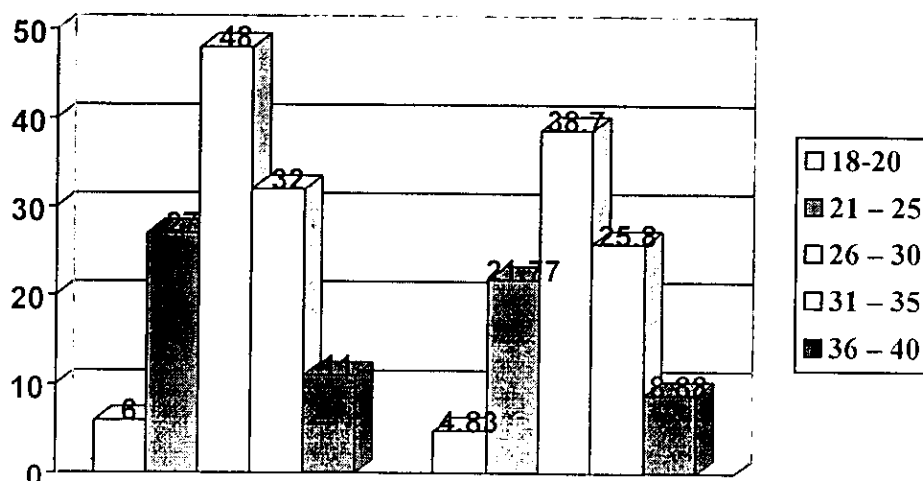
Siempre se guardó el secreto profesional y solamente el investigador conoce la personalidad de las pacientes participantes sin que estos conocimientos puedan divulgarse.

RESULTADOS

Se realizaron 124 encuestas, todas ellas del sexo femenino con edad promedio de 35.76 años de las encuestadas.⁸

GRUPOS DE EDADES DE LAS ENCUESTADAS	No	%
18 – 20	6	4.83
21 – 25	27	21.77
26 – 30	48	38.70
31 – 35	32	25.80
36 – 40	11	8.88
TOTAL	124	100

Grupo de Edades de las Encuestadas

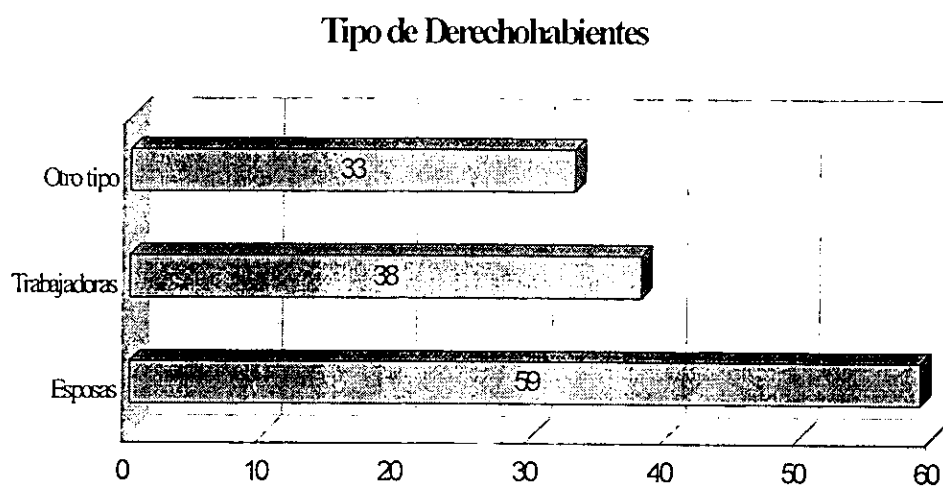


GRAFICA 1

⁸ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En cuanto al tipo de derechohabientes encontramos 32 trabajadoras, 59 esposas de trabajador y 33 de otro tipo de asegurado.⁹

TIPO DE DERECHO HABIENTES	No	%
TRABAJADORAS	32	25.80
ESPOSA DE TRABAJADOR	59	47.58
OTROS	33	26.62
TOTAL	124	100



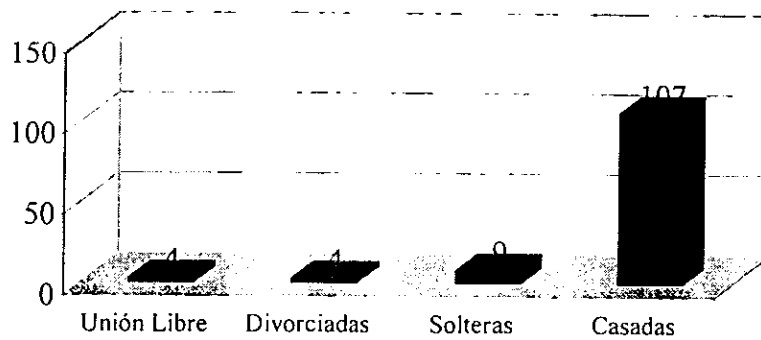
GRAFICA 2

⁹ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En cuanto al estado civil resalta que se encuestaron principalmente a mujeres casadas.¹⁰

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES	No	%
SOLTERAS	9	7.26
CASADAS	107	86.30
OTROS	8	6.44
TOTAL	124	100

Estado civil de las madres



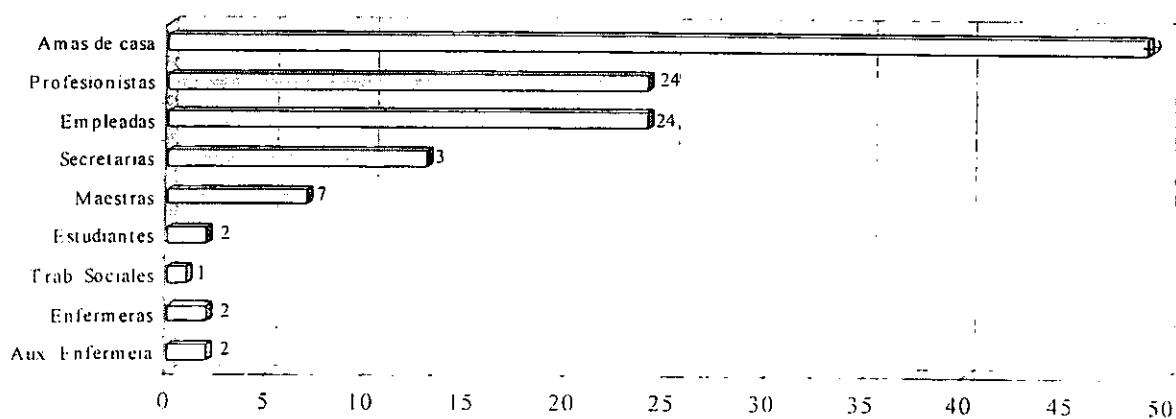
GRAFICA 3

¹⁰ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con respecto a la ocupación a la ocupación de las encuestadas observamos un predominio en las amas de casa así como en profesionistas y empleadas.¹¹

OCUPACIÓN DE LAS ENCUESTADAS	No	%
AMAS DE CASA	49	39%
PROFESIONISTAS	24	19%
EMPLEADAS	24	19%
SECRETARIAS	13	10%
MAESTRAS	7	6%
ESTUDIANTES	2	2%
TRAB. SOCIALES	1	1%
ENFERMERAS	2	2%
AUX. ENFERMERIA	2	2%
TOTAL	124	100%

Ocupación de las encuestadas



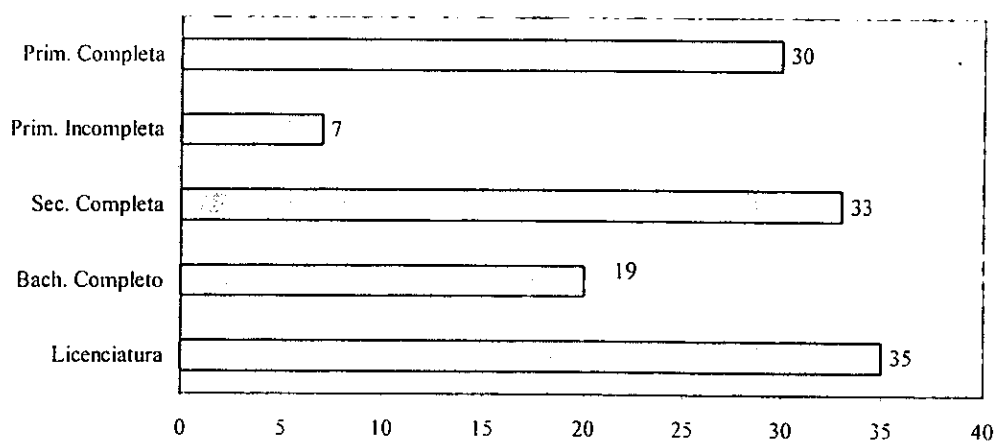
GRAFICA 4

¹¹ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En cuanto al nivel de escolaridad, 7 encuestadas no completaron la enseñanza primaria, mientras que 30 sí la completaron; 33 terminaron la secundaria; 19 finalizaron el bachillerato y 35 la licenciatura.¹²

NIVEL DE ESCOLARIDAD	No	%
PRIMARIA INCOMPLETA	7	5.64
PRIMARIA COMPLETA	30	24.19
SECUNDARIA COMPLETA	33	26.61
BACHILLERATO COMPLETO	19	15.32
LICENCIATURA	35	28.22
TOTAL	124	100%

Nivel de Escolaridad de las Madres



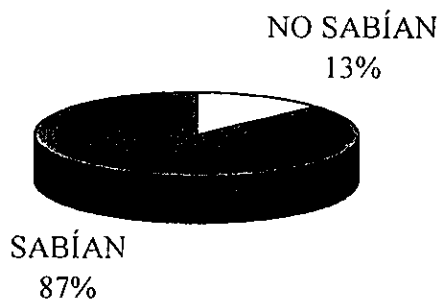
GRAFICA 5

¹² FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con respecto a la pregunta número 1 del programa de lactancia materna: 106 refirieron haber oído de él (87%) y 18 no tenían conocimiento de su existencia.¹³

CONOCIMIENTO ACERCA DEL PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA.		
	No	%
SABÍAN	106	87
NO SABÍAN	18	13
TOTAL	124	100

Conocimientos acerca del programa de Lactancia Materna



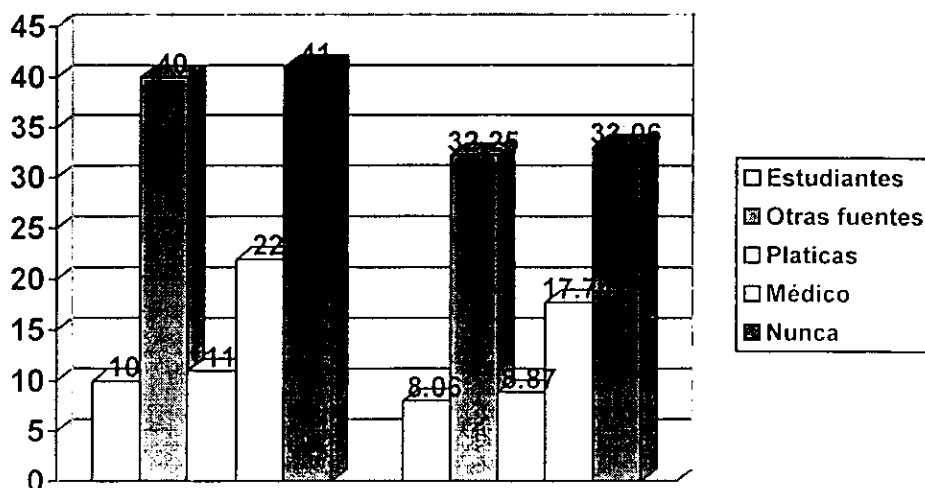
GRAFICA 6

¹³ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En cuanto a la pregunta número 2 de quién recibieron información del programa de lactancia materna: 22 refirieron recibirla de su médico; 4 refirieron recibir información de algún familiar; 15 recibieron información de estudiantes; 18 de trabajo social, 11 la recibieron mientras esperaban su consulta (pláticas); 6 la recibieron a través de videos, 11 a través de otras fuentes sin especificar cuál y 41 no recibieron información alguna.¹⁴

PROCEDENCIA DE LA INFORMACIÓN		
FUENTES	No	%
ESTUDIANTES	10	8.06
OTRAS FUENTES	40	32.25
PLATICAS	11	8.87
MÉDICO	22	17.74
NUNCA	41	33.06
TOTAL	124	100

Procedencia de la Información

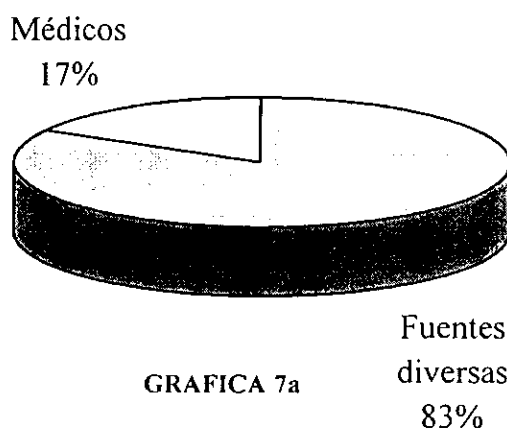


GRAFICA 7

¹⁴ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

COMPARATIVO MEDICOS VS. OTROS	No.	%
MÉDICOS ¹⁵	22	17
FUENTES DIVERSAS	102	83
TOTAL	124	100

Comparativos Médicos vs. Otros



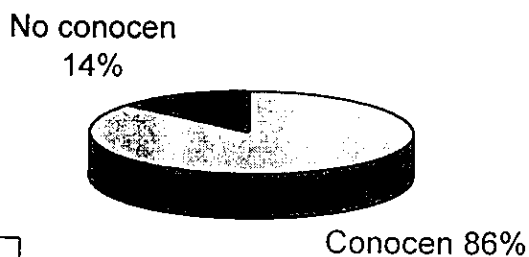
GRAFICA 7a

Con respecto al conocimiento de la definición de lactancia materna: 107 encuestadas demostraron conocerla (86% de la muestra) y 17 respondieron incorrectamente.

CONOCIMIENTOS DE LA DEFINICIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA		
	No	%
CONOCEN	107	86
NO CONOCEN	17	14
TOTAL	124	100

¹⁵ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .

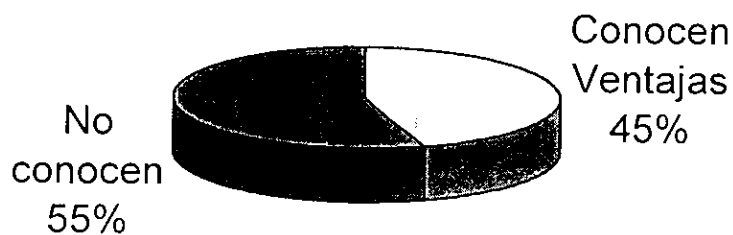
Conocimientos de la Definición de la Lactancia Materna.



GRAFICA 8

REFERENTE A LAS VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA. ¹⁶		
	No	%
CONOCEN VENTAJAS	56	45
NO CONOCEN	68	55
TOTAL	124	100

Referente a las Ventajas de la Lactancia Materna.



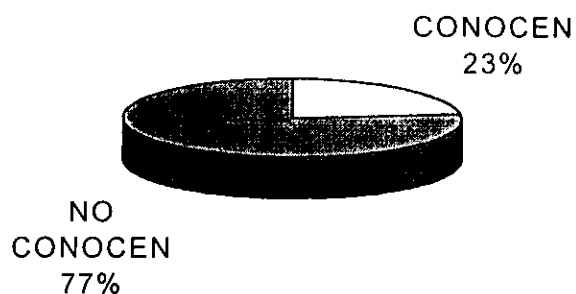
GRAFICA 9

¹⁶ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El conocimiento de los factores que favorecen la producción de leche para una lactancia más saludable es conocido por 28 encuestadas, o sea el 23% de la muestra.¹⁷

EL CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES QUE FAVORECEN LA PRODUCCIÓN DE LECHE.		
	No	%
CONOCEN FACTORES	28	23
NO CONOCEN	96	77
TOTAL	124	100

El Conocimiento de los factores que Favorecen la Producción de Leche.



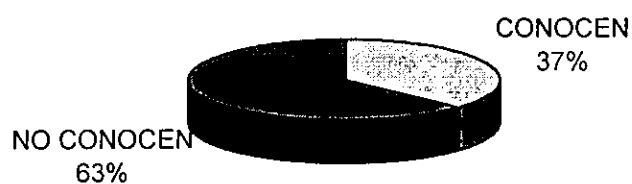
GRAFICA 10

¹⁷ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Con referencia a los cuidados que debe tener la madre que amamanta, 46 tuvieron el concepto correcto, o sea 37% de la muestra.¹⁸

CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS DE LAS MADRES QUE AMAMANTAN.		
	No	%
CONOCEN	46	37
NO CONOCEN	78	63
TOTAL	124	100

Conocimiento sobre los Cuidados de las Madres que Amamantan.



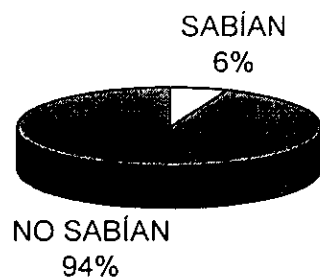
GRAFICA 11

¹⁸ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La pregunta 8 investiga el conocimiento del tiempo de duración de la lactancia materna y se encontró que sólo 8 sabían el concepto correcto lo que representa el 6% de la población.¹⁹

CONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.		
	No	%
SABÍAN	8	6
NO SABÍAN	116	94
TOTAL	124	100

Conocimiento del Tiempo de Duración de la Lactancia Materna.



GRAFICA 12

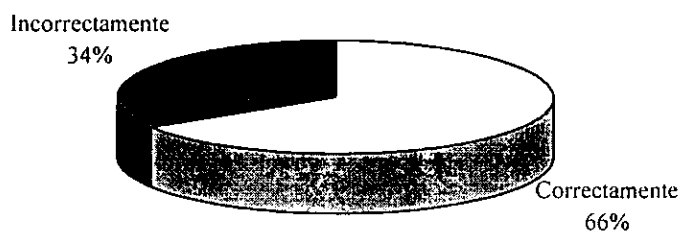
¹⁹ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

De la pregunta 9 sobre creencias populares y mitos de la lactancia materna, 83 contestaron correctamente, lo que representa el 66% de la muestra.

Perdidas de la estética femenina creer que la leche artificial es mejor que la leche materna ya que se le atribuye a esta la flacidez y deformidad de las mamas.²⁰

MITOS Y CREENCIAS SOBRE LA LACTANCIA.		
	No	%
CORRECTAMENTE	83	66
INCORRECTAMENTE	41	34
TOTAL	124	100

Mitos y creencias sobre la lactancia



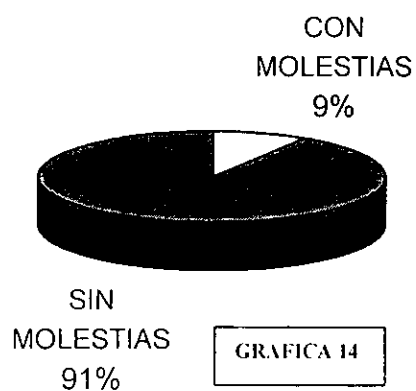
GRAFICA 13

²⁰ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En referencia a los problemas relacionados con la lactancia materna, 6 madres del total de 124 tuvieron insuficiencia de leche, 2 cursaron con dolor sin poder especificar la causa y 113 no refirieron molestia alguna (91%).²¹

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LACTANCIA MATERNA.		
	No	%
CON DOLOR	11	9
SIN DOLOR	113	91
TOTAL	124	100

Problemas Relacionados con la Lactancia Materna.



²¹ FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

ANÁLISIS (DISCUSIÓN DE RESULTADOS)

El nivel de conocimientos teóricos básicos con relación a la lactancia materna en el Hospital Regional de Mérida es bajo.

En vista de lo obtenido a lo largo de este trabajo, sería factible promocionar más y de manera adecuada el programa de lactancia materna para concientizar a la población tanto médica como en general, sobre la importancia del programa y sus ventajas, ya que de esta manera podría lograrse un avance en la capacitación a madres que lactan y así proporcionar una adecuada lactancia a sus vástagos.

Contrario a lo que podría pensarse se observó que a pesar de que el grado académico de las encuestadas es, en general alto, los niveles de conocimiento teóricos sobre lactancia materna son bajos.

A pesar de que en la población estudiada se sabe de la importancia de la lactancia materna, se encontró que existe desconocimiento de aspectos importantes con relación la misma.

Es propicio, así mismo, capacitar primero a todo el personal dentro de los hospitales y tratar de unificar criterios para que todos sean “Hospitales amigos del niño y de la madre” y manejen de manera prioritaria el programa de lactancia materna estrecha entre madres e hijos.

CONCLUSIONES.

El presente trabajo concluye que el nivel de conocimientos teóricos básicos en relación a la lactancia materna en el Hospital Regional del ISSSTE en Mérida, Yucatán, es bajo.

Así mismo se llegó a la conclusión de que la principal fuentes de información en relación con este tema recae en personal no médico, lo cual contrasta con lo que pudiera pensarse antes de iniciar el estudio.

Entre las principales creencias populares y mitos sobresalen los relacionados con la estética dado que las madres piensan que amamantar les modifica la estructura física de los senos, los que pierden su forma.

Cabe mencionar que los conocimientos de las personas encuestadas en relación a los conocimientos teóricos básicos sobre lactancia materna y los beneficios de esta es satisfactorio de acuerdo al nivel ocupacional de cada una de las personas que participaron en este estudio, a pesar de que la población estudiada sabe de la importancia de proporcionar lactancia materna desde temprana edad, también se encontró que existe en algunos casos desconocimiento de las bondades de iniciar la lactancia materna inmediatamente posterior al parto, ya que esto evita que el recién nacido tenga problemas de tipo infeccioso, e inmunológico que afectarían su desarrollo temprano y lógicamente su crecimiento nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arcila, H.; González, M. "La ética: herramienta del quehacer diario de la medicina". Revista Biomédica. Ed. de la UADY. Vol 6, No. 3 Julio-Septiembre, 1995.
2. Bravo, J., Montañó U.A; Reyes V.H. Flores S.I., Lopez M.E., Moran M.A.: "Lactancia materna: conceptos prácticos para médicos". México: La Liga de la Leche de México a.c. 1991.
3. Brito, M.; Barreras, K. "Estudio sobre la influencia de la lactancia materna y su duración en al salud del niño de Diciembre 1992 a Febrero 1993". Revista cubana de enfermería, Enero-Abril, 1995.
4. Casey P.H., Kraemer H.C., Berbaum J., Vogman M.W., Sells J.C.: "Growth status and growth rates of a varied sample of low birth weigth, preterm infants: a longitudinal cohort from birth to three years of age". J. Pediatr. 1991; 119: 599-605.
5. Comfama – Unicef: "Alimentación del niño en el primer año". COMFAMA, 1991.
6. Dewey K.G., Heinig M.J, Nommsen L.A., Lonnerdal B: "Maternal versus infant factors related to breast milk intake and residual milk volume: the Darling Study". Pediatrics. 1991; 87:829-837.
7. Dewey K.G., Heinig M.J, Nommsen L.A., Lonnerdal B: "Adequacy of energy intake among breast fed infants in the arling Study: relationships to growth velocity, morbidity and activity levels", J. Pediatr. 1991; 119: 538-547.
8. Dewey K.G., Heinig M.J, Nommsen L.A., Peerson J.M, Lonnerdal B: "Growth of breast – fedand-fedand formula-fed infants fromo to 18 months: the Darling Study". Pediatrics. 1992; 89: 1035 – 1041.
9. Díaz. Teresa Nieves.- "La naturaleza trazará la ruta". Rev Cubana Aliment nutr 1997; 11(1): 58-60.
10. Griffin. M. "Situación lechera mundial: cambios y tendencias". SMLM, Teagasc National Conference, Fermoy, Ireland. 1997, pg. 1-9.

11. Helsing, E.; Romero, B. "Guía práctica para una buena lactancia". Ed Pax México, 2ª Reimpresión 1993. pg 54-56.
12. ISSSTE Subdirección de Enseñanza e Investigación. "Compendio de educación para la Salud al magisterio". 2ª ed. 1995, pg. 3-12.
13. Itza, A. "Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en mujeres en edad fértil en el municipio de Santa Elena, Yucatán". Tesis, UADY, Fac. De Medicina, Mérida, Yuc. 1997.
14. Jasso G.I.: "El niño down, mitos y realidades", México: el manual modernos, 1991.
15. Ed SSA-UNICEF "Lactancia materna en México", Junio 1994., pg 234-242.
16. Lipsky, S.; Stephenson, P. "Breastfeeding and weaning practices in rural México". Nutr. Health, 9 (4) 255063, England, 1994.
17. Mandl, P. "Alimentación al pecho": El mejor comienzo para la vida. Ed. Pax-México, 1995, pg. 16.
18. Martín, V; Dewaily, D; Fossati, P. Hiperprolactinemias. "Enciclopedia MédicoQuirúrgica Ginecología y Obstetricia", Elsevier, Paris, 1996. Ed. Laffant y F. Durlevx, Tomo 3, pg. 812-A-10.
19. Ministerio de Salud: "Lactancia materna, manual para el trabajador de salud". Ministerio de Salud/UNICEF. Colombia, 1992.
20. "Moderate Neonatal Hyperbilirrubinaemia; hold tight". Lancet. 1991, Nov.; 338: 16
21. Newman V.: "Nutrición infantil, programa educativo de manejo de la lactancia", Wellstart, 1992.
22. Nobigrol, D.; Galvan, S. "Las actitudes hacia la investigación y el aprendizaje en estudiantes de Medicina". Revista Salud Pública de México. UNAM, Vol. 37, No. 4 Julio-Agosto, 1995.
23. Perez A., Labbok, M.H. And Queenan J.T.: "Clinical study of the lactational amenorrhea method in lactancia maternal". Ops. 1990: serie paltex. no. 20.

24. Perinatología y Reproducción Humana. Instituto Nacional de Perinatología. "Exploración de factores que pueden modificar el establecimiento y la duración de la lactancia". Vol 2, # 1, Enero-Marzo, 1998, pg. 16.
25. Rolland, M.; Tricoire, J. "Medicamentos y lactancia materna". Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Ginecología y Obstetricia, Elsevier, Paris, 1996. Ed. Laffant y F. Durlevx, Tomo, pg. 110-A-10.
26. Smith., F. "Lactogenesis y lactopoyesis". Enciclopedia Médico-Quirúrgica.
27. Solórzano S.F., Castellanos C.R., Echaniz A.G. y Arredondo G.J.: "Actividades antimicrobianas del calostro humano contra enteropatógenos". Rev. Latinoam de Microbiología. 1992 (En prensa).
28. Valladares, V. "Influencia de la actitud materna sobre la duración de la lactancia natural". Tesis, Fac. Medicina UADY, 1998.
29. Valle, A.; Pineda, E. "Compendio en Educación para la salud al magisterio". ISSSTE. 3ª ed., 1988, pg. 15-19.
30. VanEsterik P.: "Women work and breastfeeding". Ithaca, New York: Cornell international nutrition monograph, 1992: 23.
31. Vandale, S.; Reyes, H.; López, E. "Programa de promoción de la lactancia materna en el Hospital General de México: un estudio evaluativo". Revista Salud pública de México. Enero-Febrero, 1995, vol 34, No. 1.
32. Vargas, A.; Palacios, V. "Educación para la salud". Ed Interamericana, 1993, pg. 7-15.
33. Ysuza-Ogazon, A. "Consideraciones biosociales de la lactancia materna". Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran". publicación L-55, pg. 55, Tlalpan, D.F. México, 1995.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTAL PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

ISSSTE
Subdirección General Médica
Delegación Mérida, Yucatán
Hospital Regional
Cédula de Encuesta
Lactancia Materna.

Nombre _____

Edad _____

Tipo de derechohabiente _____

Estado civil _____

Ocupación _____

Escolaridad _____

Favor de contestar las siguientes preguntas.

1.- Conoce o ha oído hablar del programa de lactancia materna?

SI _____ NO _____

2.- Ha recibido información del programa de lactancia materna?

SI _____ NO _____

De quién?

- a) Médico _____
- b) Enfermería _____
- c) Algún familiar _____
- d) De estudiantes _____
- e) De trabajo social _____
- f) A través de videos _____
- g) Nadie ó nunca _____
- h) De otra fuente, cuál? _____

Favor de contestar, solo una respuesta encerrando en un círculo la letra de la proposición que considere sea la correcta de cada una de las siguientes preguntas.

3.- ¿Qué es la lactancia materna?

- a) Es una nueva manera complicada de alimentación del bebe, ya que requiere de tiempo exclusivo.
- b) Es una manera muy fácil, segura y natural de alimentar al bebé.
- c) Es la manera ideal de alimentar al bebe solo por 15 días a un mes.
- d) Es una manera imposible de alimentar al bebe por la modernidad.

4.- Ventajas de la lactancia materna

- a) Es el alimento ideal para el preescolar.
- b) Es alimento que tiene mayor dificultad para su digestión.
- c) Es el alimento ideal para satisfacer las necesidades nutricionales del recién nacido.
- d) Es el alimento más rico en minerales y grasas para el recién nacido.

5.- Cuáles son las causas que pueden aumentar la producción de leche en la mujer?

- a) Disminuir la frecuencia de la succión del niño.
- b) Ingerir atoles en cantidad suficiente.
- c) Ningún factor externo condiciona la producción de leche.
- d) Iniciar la lactancia durante la primera hora posterior al parto.

7.- Qué cuidados generales debe tener la mujer que amamanta?

- a) Tomar pocos líquidos.
- b) Ingerir abundantes líquidos, agua, jugos, a tales
- c) Es necesario lavar y lubricar los senos cada vez que se amamante.
- d) Baño diario y lubricación del pezón con una gotita de su misma leche al terminar la tetada.

8.- Por cuánto tiempo debe mantenerse la lactancia?

- a) Durante los 2 primeros años de vida.
- b) La lactancia es exclusiva del primer año de vida.
- c) La lactancia es exclusiva del recién nacido hasta los 6 meses.
- d) La lactancia es exclusiva del recién nacido hasta los 4 meses.

9.- De las siguientes aseveraciones, marque con una F las falsas y con una V las verdaderas.

- a) A mayor número de hijos amamantados mayor producción de leche. ()
- b) Cuando se está amamantando se pierde el apetito sexual. ()
- c) La mujer que amamanta se siente mal al hacerlo. ()
- d) El proporcionar lactancia es un acto fisiológico (normal). ()
- e) Es adecuado separar al bebé de la madre después del parto. ()
- f) Hay que dejar pasar dos horas antes de dar la primera tetada al bebé. ()
- g) El bebé debe tener horario y tiempo determinados para su lactancia. ()
- h) Los bebés deben dejarse en la cunera todo el tiempo posible entre sus tetadas. ()
- i) La lactancia debe comenzar veinticuatro horas después del parto, ya que la primera leche o calostro no es útil para el bebé. ()
- j) Los bebés que alimentan al seno materno requieren suplementos para garantizar su alimentación. ()
- k) Se debe pesar a los bebés antes y después de cada tetada. ()
- l) Cuando se le alimenta al bebe debe tomar sólo de un pecho. ()
- m) La madre que trabaja esté imposibilitada para amamantar. ()

10.- Menciona que problemas puede presentar la madre al amamantar a su bebe: