

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA  
CIUDAD GUZMAN, JALISCO**

**RELACION DE LA LACTANCIA MATERNA  
CON LA ACTIVIDAD LABORAL**



ISSSTE

**TRABAJO DE INVESTIGACION**

**QUE PARA OBTENER EL**

**DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**Dr. Arturo Navarro Urtiz**

286515

**CIUDAD GUZMAN, JALISCO**

**1996**

ANAD



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

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

UNIDAD ACADÉMICA  
CIUDAD GUZMAN, JALISCO.

**RELACION DE LA LACTANCIA  
MATERNA CON  
LA  
ACTIVIDAD LABORAL**



**ISSSTE**

**I. S. S. S. T. E**  
SUBDELEGACION MEDICA  
CLINICA No. 207 EN CD. GUZMAN, J.A.

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

**P R E S E N T A :**

**DR. ARTURO NAVARRO URTIZ.**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR'

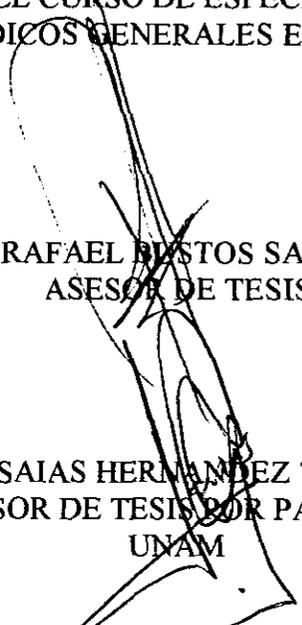
P R E S E N T A :

DR. ARTURO NAVARRO URTIZ

RELACION DE LACTANCIA MATERNA  
CON  
LA ACTIVIDAD LABORAL



DR. SERGIO JAVIER VALENZUELA ESPINOZA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CIUDAD GUZMAN JAL.



DR. RAFAEL BUSTOS SALDAÑA  
ASESOR DE TESIS

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.  
ASESOR DE TESIS POR PARTE DE  
UNAM



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA  
CONTINUAY MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE.  
CIUDAD GUZMAN JAL. SEPTIEMBRE DE 1996

RELACION DE LACTANCIA MATERNA  
CON  
LA ACTIVIDAD LABORAL

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

DR. ARTURO NAVARRO URTIZ

AUTORIZACIONES:



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



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



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

## ÍNDICE GENERAL

	Pag.
* Marco Teórico.-----	2
* Planteamiento del problema.-----	33
* Justificación.-----	34
* Objetivo general.-----	35
* Objetivos específicos.-----	36
* Hipótesis.-----	37
* Metodología.-----	38
* Resultados.-----	41
* Resultados comparativos.-----	49
* Análisis ( Discusión ) de resultados.-----	55
* Sugerencias-----	57
* Conclusión-----	58
* Bibliografía-----	60
* Anexos.-----	62

## MARCO TEÓRICO

Durante el primer año de vida, el amamantamiento se considera el centro de alimentación de los niños por sus numerosas ventajas biológicas, afectivas y económicas.

El análisis de epidemiología del fenómeno, muestra en nuestro país, que desde los años sesenta, el amamantamiento es cada vez menos frecuente. Desde el punto de vista biológico, prácticamente todas las madres que han cursado y tenido un embarazo normal y el nacimiento de su hijo esta dentro de lo normal, poseen la capacidad de lactopoyesis.

Numerosos investigadores han estudiado los factores que inciden en la disminución del amamantamiento, concluyendo que los factores biológicos poco participan, en cambio, tienen mas importancia los socioculturales e institucionales, ambos asociados con otros como el desarrollo tecnológico de los alimentos que sustituyen a la leche humana, que aprovechando el “vacío” de quienes no amamantan ofrecen alimentos cuyos nutrimentos tienen cada día una calidad cercana a los de la leche humana.

Específicamente, dentro de los factores socioculturales participan fuertemente : el vivir en una área rural o urbana, la escolaridad, el empleo remunerado fuera del hogar y si la madre tiene o no experiencia en amamantar.

En el factor del trabajo remunerado se involucran a su vez numerosos factores. En estas madres, por lo menos la lactancia exclusiva, se asocia con la duración del tiempo que la ley les otorga para estar en su hogar. Se asocia también con la carencia de programas en las estancias infantiles, para que aunque sea parcialmente, el niño, sea amamantado.

En las sociedades urbanas, cada vez más complejas, se tiene que trabajar cabalmente para que el amamantamiento tenga un lugar destacado en la vida de los niños participando tanto las instituciones educativas como las asistenciales para lograr un equilibrio entre esta forma de alimentación y los sucedáneos que están atentos a cubrir todo espacio que no cubra el amamantamiento. (1)

El abandono de la leche natural, por su frecuencia, se ha convertido en un hecho cotidiano preocupante, de actualidad, que ha motivado importantes reuniones internacionales que han confirmado la magnitud del problema y sus consecuencias deplorables.

La lactación es una forma singular y transitoria de alimentación. Singular porque es propia solo de unas cuatro mil especies de entre cerca de un millón que registra la zoología y transitoria porque para la madre ocupa un periodo específico.

En la mujer, la lactancia es la consumación fisiológica del ciclo reproductor. Durante el embarazo la mama, el cuerpo y la mente se preparan para la lactancia. El neonato está preparado para succionar al pecho al nacer.

Durante el embarazo, los estrógenos y progesterona son indispensables para el desarrollo físico de las mamas, estas hormonas tienen un efecto específico para inhibir la secreción de la leche.

Por otra parte la hormona prolactina tiene el efecto opuesto, o sea promover la secreción de la leche. Esta hormona es secretada por la hipófisis de la madre y su concentración sanguínea aumenta de manera constante durante el embarazo.

La lactancia tiene tres etapas. A) Inicial, en la que se produce el calostro, b) transición y c) estabilización en la que la leche madura. (2).

La lactancia es la expresión de una conducta que manifiestan los animales mamíferos y el hombre .

No obstante su naturaleza instintiva, en el ser humano la lactancia genera y reafirma vínculos que enriquecen el ámbito afectivo y emocional en el que se desarrolla el mundo consciente de la mujer y el niño. ( 3 )

La lactancia es un proceso fisiológico normal, una consecuencia natural de dar a luz, que en algunos países es la única manera de asegurar la supervivencia y el crecimiento del recién nacido.

El ser humano es un mamífero por lo que todas las madres son capaces de amamantar a sus hijos . No debe haber ningún prejuicio que lo impida, ya que todos los pechos independientemente de su tamaño, forma, color o pezón, producen leche tras el parto, asegurando una alimentación sana, equilibrada y protectora para el bebe. (4 )

En los mamíferos la leche del pecho es el alimento adecuado para la delicada transición entre la nutrición placentaria y la alimentación ambiental ( 5 ).

La leche materna es excepcionalmente compleja; hasta el momento se conoce que contiene más de 200 componentes.

En cuanto a la composición de la leche humana se conoce que ésta es un fluido muy peculiar que se divide en los siguientes compartimientos: acuoso, lipídico, coloidal, membranoso y de células vivas.(6).

La composición conocida de la leche humana corresponde a la leche madura. Sin embargo, existen numerosas variantes que definen una composición particular de la leche humana, las más importantes son : la edad de gestación y la edad de lactancia. En ese sentido, la composición de la leche humana pretérmino es diferente a la de término y la de la leche inicial llamada calostro, es diferente de la composición de la leche madura.

La cantidad de proteínas es de 8 y 9 g/l, entre las que se encuentran caseínas y proteínas del suero. Los lípidos en la leche humana corresponden a 39 y 50 g/l y constituyen la mayor fuente energética, aunque la mayor parte de ellos son triglicéridos.

El principal carbohidrato de la leche humana es la lactosa . Su concentración es de 70 g/l y ejerce hasta 70 % de la presión osmótica. ( 7).

La leche de diferentes especies varía en composición y volumen producido por unidad de tiempo en relación directa con el tamaño de sus camadas y las características de crecimiento de sus crías . Así la leche de conejo tiene una alta concentración de proteínas, que guarda relación con la rápida velocidad de crecimiento, tanto longitudinal como de la masa muscular del gazapo. En el hombre la alta concentración de lactosa parece tener relación con el rápido crecimiento de un cerebro

proporcionalmente muy grande, mientras que el comparativamente lento crecimiento corporal es satisfecho con un bajo contenido de proteínas .

Entre la leche humana y la bovina existen diferencias substanciales en la concentración de proteínas, lactosa y minerales. Particularmente existen diferencias importantes en la relación caseína/proteínas del suero y en la relación calcio/fósforo; ambos son mayores en la leche bovina que en la humana. .

La bovina contiene además lactoglobulina, que no existe en la humana. . La concentración de lactosa es significativamente mayor en ésta última, mientras que la grasa es similar en ambas.

La leche humana tiene un promedio de 70 Kcal por 100 mL. ( 6 ).

La leche materna tiene un alto contenido de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles como las proteínas del suero, lípidos, lactosa, y una proporción equilibrada de aminoácidos, a diferencia de la leche de vaca en la que predominan proteínas del sistema de la caseína menos digeribles.

La presencia notable de enzimas como la lipasa, permite iniciar la digestión de los lípidos en forma eficiente, gracias a su activación por las sales biliares del niño. ( 8 )

Debido a que la absorción de los nutrientes es superior a los de la leche de vaca, los niños amamantados los primeros seis meses de vida, **no** presentan deficiencias nutricionales.

La lactancia materna propicia una nutrición óptima. Los niños alimentados con leche materna tienen menos posibilidades de padecer desnutrición. Hoy en día no existe ningún producto substitutivo que proporcione las mismas sustancias nutritivas que la leche materna, la cual ofrece el mejor equilibrio de proteínas, estimulantes del crecimiento y otras sustancias nutritivas necesarias para el sano

desarrollo físico y mental del niño. La leche materna favorece el desarrollo apropiado de los huesos y de los músculos faciales.

Los niños alimentados en forma exclusiva presentan menor pérdida ponderal durante los primeros días e incrementan en forma adecuada su peso. Los recién nacidos alimentados con leche materna, en particular los prematuros, muestran un mayor coeficiente intelectual. (9)

Diferentes estudios han demostrado que tanto el calostro como la leche materna contienen factores solubles y celulares que intervienen como mecanismos de defensa específicos e inespecíficos contra diferentes agentes infecciosos. ( 10 )

El calostro, secreción láctea temprana ( primero al quinto día ), es extremadamente rico en proteínas principalmente IgA, y en componentes celulares como macrófagos; su contenido en lactosa y lípidos es baja. El contenido protéico de la leche tiende a disminuir y el de lactosa y grasa a aumentar, a medida que el calostro pasa a ser leche transicional ( quinto a trigésimo días postparto ) y leche madura ( trigésimo día en adelante ). ( 6 ).

En la especie humana, uno de los componentes de la leche que participan en la protección del recién nacido frente a los microorganismos es una proteína de color rojo, llamada lactoferrina. Esta proteína tiene como propiedad principal la de unir fuertemente al hierro, que es el que le da su color característico. En condiciones fisiológicas, tiene muy poco hierro unido, y es capaz de fijar el que se encuentra en el medio, de tal forma que los microorganismos no disponen de él para su proliferación. En investigaciones recientes se ha visto además que la lactoferrina también puede tener un efecto

bactericida al interactuar con la pared de los microorganismos, desestabilizándola y causando su muerte.

A través de estos dos mecanismos, y quizá de algún otro, la lactoferrina puede desempeñar un papel esencial en la protección del recién nacido frente a infecciones gastrointestinales. La lactoferrina se encuentra en el calostro humano en concentraciones especialmente elevadas, y aunque sus niveles descienden en los primeros días, mantiene su presencia a lo largo de toda la lactación. (11).

Los trabajos de Ogra, Wyatt, Pittard, Michael y Palmer establecieron con precisión la presencia de inmunoglobulinas de predominio IgA, el predominio de macrófagos y las diferencias entre calostro y leche. La lista de factores identificados incluye inmunoglobulinas A, M, G, D y E, sistema de complemento, lactoferrina, lactoperoxidasa, lisosima, factores quimiotácticos, factores de resistencia a estafilococo asociados a lípidos, monoglicéridos con actividad antiviral, alfa-1 antitripsina e inhibidores de proteasas; además de factores como MIF de macrófagos, factores estimulantes de IgA, interferón y sustancias inmunosupresoras de células T.

Entre los componentes celulares identificados se incluyen monocitos, macrófagos, células T, linfocitos B, células plasmáticas, leucocitos polimorfonucleares y células epiteliales (10).

La leche humana contiene una serie de elementos tanto celulares como humorales, con capacidad para prevenir infecciones. Los elementos celulares más abundantes son macrófagos, aunque también se observan linfocitos.

Entre los abundantes factores humorales se encuentran la IgA secretoria, complemento C, lactoferrina, lisozima, lactoperoxidasa, factor bífido y algunos ácidos grasos. La IgA secretoria es cuantitativamente la más importante ya que representa hasta el 15 % de las proteínas de la leche; interfiere con la adherencia de las bacterias a la mucosa intestinal..

Contiene anticuerpos específicos contra los gérmenes para los cuales la madre tiene memoria inmunológica, tanto de origen central como extraenteral. Esta información inmunológica es acarreada por los linfocitos B, activados en las placas linfoides de tales tejidos , que emigran durante la lactancia hacia la glándula mamaria. Una vez localizados en la mama, inducen la síntesis de anticuerpos específicos.

Se han demostrado anticuerpos IgA en la leche humana contra *Escherichia coli*, *Clostridium tetani*, *Corynebacterium diphteriae*, *Streptococcus pneumonie*, *Salmonella*, *Shigella*; virus de polio, coxackie, echo y rotavirus; protozoarios como amiba y giardia\_ ( 3 ).

Desde hace algunas décadas, existe un interés especial por la salud de los niños y los factores que la alteran, ya que se reconoce que ésta es un indicador muy importante que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto ( 8 ) .

En el humano, la leche del pecho tiene una importancia especial porque el recién nacido es muy desvalido, sin ninguna posibilidad de alimentarse por sí mismo . Entre el nacimiento y los ocho meses de edad , el humano es un verdadero feto extrauterino que crece mucho, pero se desarrolla

lento hasta que comienza a tener cierta independencia ; el pecho materno es esencial para este período inicial del desarrollo ( 5 ).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud ( OMS ), podrían salvarse en el mundo, más de un millón de vidas infantiles al año, si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros cuatro meses de vida ( 8 ).

Al suplementar la alimentación infantil de las comunidades subdesarrolladas con leche en polvo, es común que el uso de agua contaminada, junto con prácticas carentes de higiene, aumente los padecimientos que cursan con diarrea, la desnutrición y la mortalidad infantil ( 5 ).

Las tasas de mortalidad infantil varían de país a país. En general, las naciones pobres tienen cifras mucho más altas que las desarrolladas. También existen variaciones al interior de un país. Las causas son variadas , pero el tipo de alimentación es el principal factor que contribuye al estado de salud.

La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiestan por enfermedades diarreicas.

En las naciones industrializadas, el impacto de la lactancia materna en las tasas de mortalidad no es significativo, ya que los daños ocasionados con el biberón en ambientes salubres son reducidos, y existen además otros factores que inciden en la disminución de la mortalidad infantil ( 8 ).

A pesar de las ventajas que ofrece la lactancia materna sobre otros productos lácteos comerciales, hay una alta prevalencia en niños alimentados con lactancia artificial. Por otro lado un grupo considerable de madres practican la lactancia durante un corto plazo ( 12 ).

Por ignorancia o por diversas razones de índole social, no solo en nuestro país, la práctica de la lactancia materna ha sufrido un retroceso importante o se ha acostumbrado de manera inconveniente ( 5 ).

En estudios realizados en México de 1975 a 1981, se encontró que 62 % de las madres habían amamantado a sus hijos hasta los 3 meses de edad. Por otro lado en la Encuesta Nacional de Salud realizada en 1986 se observó que 19.9 % de los niños nunca recibió leche materna, cifra que llegó a 34 % entre los niños nacidos en el Estado de Baja California .

En la primera parte de este trabajo se informó que solamente el 2 % nunca recibió leche materna, aunque 20 % de los que recibieron fueron destetados antes de cumplir un mes, y 61 % antes de cumplir 3 meses de edad.

La baja prevalencia en el uso de lactancia materna es el resultado de diversos factores. Entre ellos se pueden mencionar: el ambiente socioeconómico, la escolaridad, el ingreso familiar, las prácticas hospitalarias, los servicios de salud, los problemas perinatales o maternos y otros (12 ).

La leche materna es el alimento ideal durante el primer año de vida, debido a su elevado valor nutricional, a su capacidad inmunológica , a que estimula y fortalece el vínculo madre-hijo (a) y a su bajo costo en comparación con cualquier otro tipo de alimentación..

Sin embargo, a pesar de estas ventajas, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, un número considerable de mujeres evita la lactancia materna.

Los infantes que no son amamantados en forma adecuada y suficiente no tienen un desarrollo físico correcto, padecen de mayor número de infecciones, requieren de más atención médica y presentan mayor número de ingresos hospitalarios ( 13 ).

El declive de la lactancia natural es un fenómeno mundial que se inicia entre las clases urbanas acomodadas, afecta después a las de las zonas pobres urbanas y más tarde a la población rural (14).

Siendo el alimento natural del hombre durante su primera etapa de crecimiento y desarrollo extrauterino, la lactancia materna se vio suplantada en las últimas décadas por fórmulas artificiales en la mayoría de los países desarrollados.

En México continúa la tendencia a disminuir la lactancia materna, en especial en la población que migra del campo a la ciudad. Además, a partir de 1960, diversas investigaciones realizadas tanto en población urbana como rural, muestran una clara tendencia al abandono y la suspensión temprana de la lactancia natural ( 15 ).

A pesar del gran valor social que tiene la alimentación de los niños menores de ocho meses y del importante papel que debe tener el pecho, se destaca que los médicos y las instituciones estamos haciendo muy poco por orientar mejor las tendencias sociales de las rutinas institucionales de alimentación y los hábitos familiares de alimentación al pecho. De hecho es muy posible que la gran mayoría estemos trabajando en contra de la fisiología nutricional de la madre y del niño, interviniendo demasiado con fórmulas y productos industrializados, que en la mayoría de los casos sólo complican y encarecen un proceso que debería ser sencillo ( 5 ).

En una encuesta realizada en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, llevada a cabo entre las madres asistentes a la consulta ambulatoria, el personal de enfermería y otras empleadas del hospital, ha permitido determinar que 82 % tienen deficiente información acerca de los beneficios que ofrece la leche materna, a pesar de que 83 % de ellas habían lactado al pecho a sus hijos ( 16 ).

Afortunadamente, para amplios grupos de la población rural, la lactancia natural sigue siendo la norma y se practica durante un largo período. En algunos países industrializados como Suecia, se ha producido un retorno a la lactancia natural desde mediados del decenio de 1970, tendencia que se inició entre las clases urbanas acomodadas y se ha extendido posteriormente a otros grupos socioeconómicos ( 14 ).

En la actualidad la proporción de madres que amamantan, alcanza otra vez el nivel registrado en el decenio de 1940 y parece haberse estabilizado.

En algunos estudios realizados en México ( 1975 a 1981 ), se encontró que un 62 % de las madres había amamantado a sus bebés hasta los tres meses de edad ( 13 ).

La OMS, en 1981, encontró que tanto en países desarrollados como en desarrollo, el amamantamiento era mayor cuando los niños habían tenido su primera succión antes de las 12 hrs. de vida.

En otra investigación Salariya, Easton y Cater, en 1978 reportaron que la succión inmediatamente después del parto se asociaba con mayor producción de leche y mayor tiempo de amamantamiento .

Encontraron que, como se esperaba, las madres que amamantaron cada 2 hrs, durante su estancia en el hospital, tuvieron mas producción de leche a las 48 hrs.

En cuanto al tiempo de duración de amamantamiento, los grupos que amamantaron inicialmente cada 2 horas, lactaron considerablemente más tiempo que los grupos que alimentaron cada 4 horas ( 17 ).

A través de la Encuesta Nacional de Salud de 1986, se detectó que el 19.9 % de los bebés nunca recibió leche materna.

La baja prevalencia de la práctica de la lactancia materna, es el resultado de diversos factores, entre los que se pueden mencionar el ambiente socioeconómico ( escolaridad, ingreso familiar ), las prácticas hospitalarias, los servicios de salud, los problemas perinatales, maternos, etcétera.

Estos factores pueden variar en los países que tienen diferencias demográficas regionales y su identificación en una comunidad permitiría desarrollar alternativas de prevención eficaces a nivel regional o local ( 13 ).

La poca popularidad que tiene la lactancia natural en México y en otros países en desarrollo constituye un problema de salud pública, ya que están ampliamente comprobados los beneficios inmunológicos y nutricionales de la leche materna y el efecto beneficioso que ejerce la lactancia al pecho en el espaciamiento de los nacimientos y en la morbilidad y mortalidad de los grupos desfavorecidos en el mundo en desarrollo.

En México, una zona " rural " se define como una localidad de menos de 2,500 habitantes; una zona " urbana " como una de 2,500 habitantes o más, y una zona " metropolitana " como aquella que forma parte de la ciudad de México ( 19.4 millones de habitantes ), Guadalajara ( 3.1 millones de habitantes ), o Monterrey ( 2.9 millones de habitantes ).

Dadas las profundas diferencias socioeconómicas y culturales entre las zonas urbanas y rurales y la tendencia actual a la urbanización que se observa en todo el mundo en desarrollo , es de suma importancia documentar los patrones de lactancia materna, tanto en las zonas urbanas como en las rurales.

A pesar de que la situación ha mejorado ligeramente en los últimos 10 años, México tiene una de las peores tasas de inicio de la lactancia materna en el mundo en desarrollo. Y alrededor de la mitad de los lactantes mexicanos no son amamantados después de los seis meses de edad. La similitud de las cifras que corresponden a 1976 y 1978, sugiere que la duración promedio de la lactancia materna no ha variado de manera importante en la última década.

Tanto las encuestas nacionales como los estudios realizados en comunidades confirman que la situación global de la lactancia materna parece mejor en las zonas rurales que en las urbanas. Además, encuestas realizadas en 1976 y 1987 detectaron tasas menores de inicio de la lactancia y una menor duración promedio de la misma en las áreas metropolitanas que en los centros urbanos de menor tamaño ( 18 ) .

Por otro lado, entre las variables asociadas a un patrón de destete temprano, se observó que la asesoría o consejo nutricional durante la estancia hospitalaria, independientemente de la persona que lo efectuara, se asocio de manera significativa a una lactancia que va más allá de los cuatro meses (  $p < 0.025$  ) ( 13 ).

De manera similar se observó que el uso de algún método de planificación familiar se asociaba a un patrón de destete temprano ( 18 ).

En un estudio que se realizó en cuatro hospitales públicos de Tijuana BC, se encontró que el 80 % de las madres que no trabajaban fuera del hogar, continuaba lactando a los tres meses; de las trabajadoras en maquiladoras, sólo el 66 % lo hacía y únicamente el 54 % de las madres que refirieron trabajar. El 62 % de quienes contaba con ayuda doméstica, había destetado antes de los tres meses de edad. La mayoría de las madres que había destetado, recibía la leche de fórmula de una institución pública.

Por otro lado, las madres que amamantaron a sus hijos durante más meses, fueron aquéllas que iniciaron la lactancia entre las 6 y las 12 horas posteriores al parto, en tanto que las que alimentaron

al pecho después de las 24 horas, tuvieron un mayor porcentaje de destetados a los tres meses de edad.

El tabaquismo materno se ha asociado a patrones de destete temprano. En Dinamarca, Anderson y colaboradores, al comparar un grupo de mujeres fumadoras con un grupo control, observaron que las que fumaban más de 15 cigarrillos al día, destetaron a sus bebés con mayor anticipación ( 15 semanas ) que las no fumadoras ( 22 semanas )  
(  $p < 0.05$  ) ( 13 ).

Durante la etapa de lactancia ( desde el nacimiento hasta los cuatro meses ), la alimentación exclusiva al seno materno proporciona las vitaminas, minerales, grasas, líquidos y proteínas necesarios para el crecimiento y desarrollo normal durante esta etapa de la vida . Con excepción de la vitamina D en ausencia de una radiación ultravioleta adecuada y del flúor, no se requieren complementos para la leche materna.

Más específicamente 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 el hijo ( 19 ).

La glándula mamaria está constituida por 10 a 15 lóbulos, cada uno de los cuales desemboca independientemente en el pezón por medio de un conducto propio. Este conducto recibe la secreción láctea a través de un sistema tubular ramificado. Debido a esto, la glándula mamaria es clasificada histológicamente como un conjunto glandular túbulo-alveolar

Estos lóbulos están separados por hojas de tejido conjuntivo firme; la hoja superolateral, llamada ligamento suspensorio de Cooper, es responsable de dar sostén a la mama.

Todos estos elementos glandulares están embebidos en una trama de tejido conectivo firme y tejido adiposo, conocida como estroma mamario. La inervación es muy rica y proviene de los nervios intercostales; probablemente el más importante es el cuarto nervio intercostal, ya que da inervación aferente y eferente al pezón. A través de ella se establecen los reflejos neurovegetativos, que originados en la estimulación sensorial del pezón y la areola, dan lugar a descargas de prolactina y oxitocina.

Estas hormonas juegan un papel muy importante en la lactogénesis y la lactopoyesis.

La irrigación está dada en su mayor parte por la arteria mamaria lateral, rama de la subclavia y en menor proporción por la mamaria interna, rama de la epigástrica.

El plexo linfático es abundante y desemboca en los conjuntos ganglionares de la axila y cuello.

El pezón y la areola son elementos constituidos por una condensación de epitelio escamoso. Además de contener en su interior la porción terminal de los conductos galactóforos tiene una inervación abundante constituida por corpúsculos de Meissner, terminaciones discoides y terminaciones libres.

La unidad secretora básica es el alvéolo, el cual está formado por una capa simple de células cuboidales y columnares descansando sobre una membrana basal. El alvéolo sintetiza la leche y es el que sufre crecimiento y regresión durante las diferentes fases del desarrollo mamario.

( mamogénesis ) y de la producción de leche ( lactogénesis ) .

Los alvéolos están rodeados por células mioepiteliales, llamadas células " en canasta ", con capacidad contráctil, sensibles a la presencia de oxitocina . ( su contracción permite el vaciamiento del conducto alveolar a la luz de los conductos galactóforos durante el reflejo de eyección de la leche. Los conductos galactóforos están también envueltos por estas células mioepiteliales, tanto en sentido longitudinal como transversal. Su funcionamiento es similar al descrito para las células en " canasta " ( 6 ).

La glándula mamaria durante el embarazo sufre una serie de procesos de crecimiento y maduración, cuya característica dominante es la hiperplasia. Este crecimiento permite la proliferación del epitelio mamario, unidad funcional que mas tarde se encargara de la síntesis de leche. Al mismo tiempo, en el cuerpo de la madre ocurre una acumulación de lípidos en el tejido graso y la captura de aminoácidos por el músculo estriado aumenta, así como la velocidad de síntesis de proteínas.

A partir del alumbramiento de las membranas las concentraciones de progesterona caen abruptamente y las de prolactina aumentan importantemente en el suero; esto parece constituir la señal para iniciar la actividad secretora del epitelio mamario. ( 20 ).

El desarrollo y función de la glándula mamaria comprende tres etapas:

- 1.- Desarrollo mamario ( mamogénesis ).
- 2.- Secreción de leche ( lactogénesis )
- 3.- Eyección láctea.

Todas ellas dependen de procesos de regulación endocrina.

El desarrollo de la mama se inicia en la etapa fetal con la formación de un botón mamario ectodérmico, que se ramifica hacia el mesénquima, configurando los primordios de lo que serán más tarde los lóbulos. El desarrollo se detiene en esta fase y vuelve a recomenzar durante la pubertad ( 6 ).

Las mamas empiezan a desarrollarse en la pubertad; este desarrollo es estimulado por los estrógenos de los ciclos menstruales que aceleran el desarrollo del estroma y del sistema de túbulos, además de facilitar el depósito de grasa que comunica su masa y forma estos órganos.

Sin embargo, cuando se produce un crecimiento considerable es durante el embarazo, y sólo durante este periodo se adapta el tejido glandular a la producción de leche.

Durante todo el embarazo la gran cantidad de estrógenos que produce la placenta hace que crezca y se ramifique el sistema de conductos de la mama. Simultáneamente aumenta en cantidad el estroma de las mamas y entonces se depositan en él grandes cantidades de grasa ( 21 ).

Dentro de las primeras doce horas después del parto se observan cambios importantes en la célula secretora, la cual desarrolla las características citológicas de una célula exócrina. Se observan numerosos ribosomas libres y gránulos de secreción en el citosol. A las 48 horas postparto, aparecen gran cantidad de vacuolas de lípidos desplazados hacia la zona apical; en esta misma región se observan gránulos secretorios de proteínas.

La luz de los alveolos comienza a distenderse por el contenido de leche, las mamas se ingurgitan y en algunos casos se muestran inflamadas y dolorosas. Si se establece una succión temprana, el vaciamiento del contenido mamario retroalimenta la producción de leche . La señal hormonal más importante para iniciar la producción de leche es la caída brusca en la concentración de progesterona plasmática después del parto ( 6 ).

La prolactina es la hormona que más probablemente guarde relación con la secreción de leche después del parto ( 21 ).

La prolactina alcanza concentraciones cercanas a los 200 ng/mL durante el embarazo; en el postparto inmediato disminuye a cerca de 50 ng/mL y aumenta progresivamente durante la lactancia exitosa.

Pero lo más importante es que durante el estímulo de la succión alcanza concentraciones episódicas entre 100 y 200 ng/mL, que guardan relación con el mantenimiento de una velocidad de producción de leche adecuada . Este aumento en la concentración de prolactina se debe muy probablemente a que el estímulo neurogénico despertado por la succión del pezón inhibe la síntesis y actividad del factor inhibidor de la liberación de prolactina ( PIF ) ( 6 ).

Al final del embarazo, las mamas de la madre se encuentran en condiciones adecuadas de amamantar; pero mientras no nace el niño sólo se produce cada día unos cuantos mililitros de líquido. Este líquido se llama calostro, contiene prácticamente las mismas cantidades de proteínas y lactosa que la

leche, pero casi ninguna grasa; su rapidez de producción es 100 veces menor que la producción de leche que se instalará después.

El que no se produzca leche durante el embarazo parece debido a una acción inhibitoria de los estrógenos y la progesterona sobre el proceso secretor de la mama y también sobre la secreción de prolactina por la adenohipófisis ( 21 ).

La progesterona debido a su capacidad de aumentar las concentraciones del factor inhibidor de la liberación de prolactina ( PIF ) inhibe la lactancia ( 6 ).

Inmediatamente después de nacer el niño, la suspensión brusca de la secreción placentaria tanto de estrógenos como de progesterona suprime los efectos inhibidores de éstas dos hormonas, y permite que la hipófisis anterior produzca grandes cantidades de prolactina.

La prolactina estimula la síntesis de grandes cantidades de grasa, lactosa y caseína por las células de la glándula mamaria; al cabo de dos o tres días, las mamas empiezan a secretar en abundancia leche en vez de calostro. El inicio brusco de la secreción de leche necesita además de prolactina, una secreción de fondo adecuada de la hormona de crecimiento y de corticoesteroides suprarrenales. Sin embargo, sólo la prolactina posee efecto específico provocando la verdadera lactancia ( 21 ).

La leche contenida en la mama se vacía gracias al reflujo neurohormonal de eyección de la leche. El reflejo de eyección láctea se inicia con la estimulación del pezón, el cual asciende por la vía vagal hasta los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo donde se transforma en una descarga

de oxitocina . La oxitocina una vez en la circulación actúa sobre las células mioepiteliales provocando la eyección láctea ( 6 ).

Se secreta leche continuamente en los alvéolos de las mamas; pero ésta leche no fluye con facilidad del alvéolo al sistema de conductos y por lo tanto, no gotea continuamente de los pezones. Pero la leche debe ser " eyectada " u " ordeñada " de los alveolos a los conductos antes que el niño la pueda obtener.

Este mecanismo se debe a una combinación de reflejos neurógenos y hormonales, en los cuales la hormona oxitocina desempeña el papel siguiente.

Cuando el niño chupa el pezón, se transmiten impulsos sensitivos a lo largo de los nervios somáticos, hacia la médula, y de ahí al hipotálamo donde desencadenan la secreción de oxitocina y en menor proporción de vasopresina. Estas dos hormonas, la primera sobre todo, llegan a las mamas por vía sanguínea, y provocan la contracción de las células mioepiteliales que rodean las superficies externas de los alvéolos; así es expulsada la leche de los alvéolos a los conductos.

En unos 30 segundos a un minuto después que el niño empezó a chupar el pezón, empieza el flujo de leche. El proceso recibe el nombre de " eyección " láctea.

El estímulo de una mama desencadena secreción de leche no sólo en esta mama, sino también en la otra. Si la leche no se extrae continuamente de la mama, se pierde en cosa de una a dos semanas la capacidad de secreción . Este hecho depende de que la hipófisis anterior ya no produce prolactina.

El estímulo que produce la secreción continua de prolactina es el chupar el pezón. Esto parece dar lugar a estímulos que pasan al hipotálamo, suprimiendo la producción de factor inhibidor de prolactina.

La producción de leche puede continuar varios años si la madre sigue sometida a succión, pero la intensidad de secreción normalmente decrece mucho después de siete a nueve meses ( 21 ).

Las causas más comunes de la leche escasa son: tomas infrecuentes y/o problemas con el afianzamiento y postura del bebé al amamantar . Ambos problemas se deben en general a información incorrecta que recibe la madre lactante. Los problemas de succión del niño también pueden afectar de forma negativa a la cantidad de leche que produce la madre.

El estrés, la fatiga o la mala nutrición rara vez son causa de baja producción de leche, ya que el cuerpo humano ha desarrollado mecanismos de supervivencia para proteger al lactante en tiempos de hambruna. ( 22 ).

Cabe hacer énfasis en que los programas de educación para el fomento a de la lactancia materna, deben apoyarse en algunas acciones políticas. Entre ellas es conveniente insistir en hacer efectivos los reglamentos basados en el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la leche Materna . Es preciso también adoptar una conducta más enérgica con la propaganda y la publicidad que tiendan a desplazar la lactancia natural. ( 17 ).

A partir de la iniciativa de la OMS y UNICEF en favor de la lactancia materna, en MÉXICO, se iniciaron una serie de acciones:

El derecho a la salud, lo establece el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La ley general de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud, antes mencionado, que tiene toda persona con el sólo hecho de residir en territorio mexicano.

- \* Artículo 31: la Atención Materno infantil es materia de salubridad general.
  
- \* Artículo 61: señala que dicha atención es de carácter prioritario, comprendiendo acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.
  
- \* Artículo 64: indica específicamente que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno infantil, el sistema de salud establecerá el fomento a la lactancia materna.
  
- \* El acuerdo Número 95 de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 28 de mayo de 1991, crea el Comité Nacional de Lactancia Materna ( 8 ).

La iniciativa " Hospitales Amigos del Niño " fue lanzada por la UNICEF con apoyo de la OMS en 1990. Corresponde a la letra L del sistema VRIL. Mientras que la V ( vigilancia del crecimiento ), la R ( rehidratación oral ) y la I ( inmunización ) han tenido un éxito considerable, la L ( lactancia natural ) es mucho más difícil de poner en práctica, ya que en ella influye un gran número de determinantes.

Entre ellos cabe citar los factores psicológicos y emocionales de la propia mujer y de su posición y situación social, así como factores económicos y las actitudes de los servicios de salud y del público en general. Por este motivo la campaña lanzada en 1990 por la UNICEF con su lema pegadizo, tuvo una buena acogida.

Esta iniciativa viene reforzada por otras anteriores, entre ellas el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna, aprobado en 1981, la Convención de los Derechos del niño adoptada en 1989, y la Declaración de Innocenti, de 1990. En esta última, aprobada en una reunión de alto nivel celebrada en 1990 en Florencia

( Italia ) se estableció que para el año 1995 todos los países deberían :

- \*.- Haber nombrado un comité nacional de apoyo a la lactancia.
- \*.- Haber adoptado en todos los establecimientos que dispensan servicios de maternidad los Diez Pasos en apoyo a la lactancia natural.
- \*.- Haber tomado medidas para poner en práctica los principios y objetivos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- \*.- Haber aprobado normas legales que posibiliten a las mujeres trabajadoras el amamantamiento.

La iniciativa ha encontrado respuesta en todo el mundo: prácticamente todos los países se hallan en alguna de las diversas etapas de su aplicación. Algunos, como Filipinas y China, han hecho grandes progresos, mientras que la mayoría de los restantes avanza con lentitud.

Un informe publicado en 1994 indica que, tras una cuidadosa evaluación, 59 hospitales de maternidad de Europa ya habían sido declarados " Amigos del niño ", 38 de ellos estaban en Suecia.

**TODOS LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD Y ATENCIÓN A LOS RECIÉN NACIDOS  
DEBERÁN SEGUIR LOS SIGUIENTES  
DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL**

- 1.- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
- 2.- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- 3.- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- 4.- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- 5.- Mostrar a las madres cómo se debe dar de amamantar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de separarse de sus hijos.
- 6.- No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén médicamente indicados.

- 7.- Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- 8.- Animar a que se amamante al niño cuando éste lo solicite.
- 9.- No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
- 10.- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica (14).

#### PROGRAMA NACIONAL Y COMITÉ NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA..

En 1989, se elabora el Programa con acciones dirigidas a lograr el retorno de la práctica de la lactancia natural.

El objetivo general es contribuir al mejoramiento de la calidad de atención al grupo materno infantil mediante la promoción de la lactancia materna y la instalación del alojamiento conjunto en las unidades médicas del Sistema nacional de Salud, con servicios obstétricos.

- \* Promover la disminución del abandono de la lactancia.
- \* Contribuir a mejorar el estado nutricional del niño menor de un año proporcionando la lactancia exclusiva por un mínimo de cuatro meses.
- \* Evitar el uso indiscriminado de sucedáneos.
- \* Promover la instalación de los Comités Estatales de Lactancia Materna.
- \* Capacitar al personal de salud de todos los niveles de atención.

La lactancia materna puede ser COMPLETA O PARCIAL:

La Lactancia materna COMPLETA, puede ser exclusiva o sustancial.

- \* Lactancia exclusiva.- Es la alimentación del niño con leche materna, sin agregar otro tipo de líquido o sólido, con fines nutricionales o no.
- \* Lactancia sustancial.- Es la alimentación al seno materno, pero se le brinda agua o té entre las tetadas; o bien , una vez al día, un complemento alimenticio por necesidades de la madre ( trabajo o enfermedad ) . ( 8 )

Las prácticas modernas en alimentación infantil son dinámicas.

Durante los primeros cuatro a seis meses de vida, la alimentación exclusiva al seno materno proporciona todos los nutrientes necesarios. Cuando no es posible alimentar al seno materno se pueden dar fórmulas lácteas en biberón; durante los primeros cuatro meses fórmulas de " iniciación " ( 19 ).

SUCEDÁNEO DE LA LECHE MATERNA.- Es todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin. .

Desde 1972 se realizaron diversas acciones para la aceptación de un código sobre prácticas de comercialización y distribución de los sucedáneos de la leche materna.

En 1981, la OMS y el UNICEF presentan a la 67a. reunión del Consejo consultivo de la OMS, una propuesta del código y la 34a. Asamblea Mundial de la Salud lo adopta el 21 de mayo.

El objetivo del código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

Dentro de la Aplicación y Vigilancia de este código, los gobiernos deben adoptar y cumplir los principios y el objetivo del presente Código, incluyendo la creación de leyes y reglamentos y otras medidas pertinentes ( 8 ).

El 18 de julio de 1996 el Dpto. De Salud del Reino Unido admite su preocupación sobre las leches infantiles a base de soja. La fórmula de soja es una fuente potencial de toxicidad por el aluminio, ( especialmente en prematuros ) y es una fuente de fitoestrógenos que pueden inducir el desarrollo de toxicidad tal como lo hacen otros estrógenos asociados con el retardo del crecimiento.

Además, la fórmula de soja no alcanza las necesidades infantiles de zinc. Estudios en animales asocian la ingestión de proteína de soja con el desarrollo de diabetes y enfermedades autoinmunes de la tiroides, que es 2 a 3 veces más frecuente en niños que toman fórmulas de soja que en los que se alimentan con fórmula de vaca. ( 23 ).

Las causas que se mencionan con más frecuencia para no ofrecer el seno materno o suspenderlo en forma precoz, son : insuficiencia en la producción de leche, consejo médico e influencia de las prácticas institucionales, desconfianza o desconocimiento y causas laborales ( 15 ).

En una encuesta realizada en comunidades rurales de México, sobre Lactancia materna, destete y ablactación se encontró que la proporción de niños que nunca recibieron lactancia al seno materno fueron: en la zona norte 21.4 %. En la zona centro 7.6 % y la sur de 5.3 %. Entre los niños que recibieron lactancia al seno materno, esta continuó en forma exclusiva o mixta hasta el tercer trimestre de vida en 35.6 % en la zona norte, 67.8 % en la zona centro, y 77.5 % en la zona sur: en el segundo trimestre de vida ya habían sido ablactados 67.2 % en la zona norte, 40.9 % en la zona norte, y 5.6 % en la zona sur.

En la zona norte se encontró que la falta de alimentación al seno materno se asoció con la atención medica del parto, madres con escolaridad mínima de primaria o con menos de cuatro hijos , casa con piso de material permanente, dos o más enseres domésticos mayores y que el sostén económico no fuera el padre.

El destete temprano se asoció con los mismos factores, incluyendo que el niño estuviera al cuidado de una persona distinta a la madre, la lactancia artificial decidida por los padres o por recomendación médica, la ablactación temprana y el uso de servicios médicos de seguridad social y/o privados. ( 24 ).

El no tener el hábito de la lactancia al seno materno, además de privar al niño de los efectos benéficos de la leche de la madre, repercute en la economía familiar ya que el costo de los sucedáneos de la leche es elevado. Se realizó una encuesta sobre el costo de la alimentación infantil en la ex-Yugoslavia, ( población total de 10 millones ) encontrando que durante los primeros seis meses de vida de sus bebés, las familias de los países de la ex-Yugoslavia gastan aproximadamente el 70 % del promedio de sus ingresos en alimentarlos si estos no son amamantados.

Se encontró que solamente el 30 % de los niños son parcialmente amamantados al cuarto mes. Si esta tasa se aumentara al 70 %, se calcula que podrían ahorrarse 40 millones de dólares al poder prevenirse cada año 99,000 infecciones respiratorias, 33,000 infecciones auditivas, 123 casos de diabetes temprana y 84 casos de cáncer infantil. Podrían evitarse en las madres 249 casos de cáncer de mama y 152 de cáncer de ovario. ( 25 )

## 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante años se ha atribuido como razón de abandono de la lactancia al hecho de que la Madre se ha reincorporado al trabajo, cosa que en la actualidad sigue siendo cierta.

La falta de información, la publicidad de las Compañías de fórmulas y biberones, el cansancio, falta de tiempo, la creencia de que la lactancia y trabajo no son afines así como la preocupación del llanto del Bebé ante la ausencia de su Madre para amamantarlo, han sido algunos de los factores vistos en las Madres que abandonan la lactancia por su trabajo (26)

Por lo anterior realizamos la siguiente pregunta de investigación.

*¿ Que tipo de actividad laboral se encuentra*

*más relacionada con el no otorgamiento de*

*la lactancia materna?*

### 3.- JUSTIFICACIÓN

Ha sido demostrado el papel protector de la leche materna en los padecimientos infecciosos, sobretodo en gastroenteritis, infecciones respiratorias agudas, otitis media, bacteremia, meningitis y enterocolitis necrosante. ( 3 )

En nuestro medio las gastroenteritis infantiles juegan un papel fundamental por su importante repercusión sobre la mortalidad infantil. ( 10 )

Las tasas de inicio de la lactancia materna en México, se encuentran entre las mas bajas de los países en desarrollo. La duración promedio de la lactancia en 1987, era prácticamente la misma que en 1976, y al rededor de la mitad de todos los recién nacidos mexicanos, no reciben leche al pecho después de los 6 meses de edad. ( 5 )

Es posible que el trabajo sea la principal causa de abandono de la lactancia.

Una vez terminada la presente investigación, conoceremos cual tipo de actividad laboral tiene mas influencia en el no otorgamiento de la lactancia materna, y se implementara un programa de concientizacion y orientación a aquellas madres que no lactaron a sus hijos, para que en lo futuro lo realicen.

## **4.- OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar el tipo de actividad laboral y su influencia para el no otorgamiento de la lactancia materna, de las mujeres trabajadoras al servicio del estado que acudan a consulta a la clínica de medicina familiar de Ciudad Guzmán Jalisco. de Junio / Septiembre de 1996

## 4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A.- Identificar los hábitos de la lactancia materna entre las madres trabajadoras
- B.- Determinar el tiempo promedio de lactancia materna entre las madres trabajadoras.
- C.- Relacionar la actividad laboral con el no otorgamiento de la lactancia materna.
- D.- Comparar las diferencias en el hábito de la lactancia materna entre madres trabajadoras que laboran jornada única y las que tienen jornada doble.
- E- Determinar la influencia de la edad de la madre y su otorgamiento.
- F.-Relacionar el grado de escolaridad de las madres trabajadoras con el habito de la lactancia materna.
- G.- Relacionar el tiempo promedio en cual se inicio la lactancia materna posterior al parto.
- H.- Relacionar la dotación láctea por parte del ISSSTE, con el otorgamiento de la lactancia materna.
- I.- Relacionar las diferencias en el habito de la lactancia materna entre las madres trabajadoras que tuvieron a su hijo mediante parto o mediante cesárea.
- J.- Conocer el tipo de lactancia ( completa o parcial. ) mas frecuente entre las madres trabajadoras.

## **5.- HIPÓTESIS**

Dado que es un estudio descriptivo, la hipótesis de trabajo no es necesaria.

## 6.- MATERIAL Y MÉTODO

6.1.- **Tipo de estudio.**- Descriptivo, transversal, observacional, prospectivo.

6.2.- **Lugar y tiempo .**- Madres trabajadoras adscritas a la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Ciudad Guzmán Jal. ( 1,813 ). Durante el periodo de Junio a Septiembre de 1996.

6.3.- **Tipo y tamaño de la muestra.**- En muestra no aleatoria por cuota se investiga a 118 Madres trabajadoras derechohabientes entre 15 y 45 años de edad, que acuden a consulta de medicina familiar al consultorio # 9 en el turno vespertino en el periodo de Junio a Septiembre de 1996.

6.4.A.- **Criterios de inclusión.**- Madres derechohabientes usuarias a la U.M.F. ISSSTE de Cd. Guzmán Jal. del consultorio # 9. Con edades entre 15 y 45 años. Trabajadoras que esten lactando o hayan lactado.

6.4.B.- **Criterios de exclusión.:**

a.- Madres cuyos productos hayan tenido mortalidad perinatal.

b.- Madres que hayan presentado enfermedad sistémica o local que impidieron la lactancia..

c.- Patologías en el niño que impidan la lactancia

6.4.C.- **Criterios de eliminación:**

a) Cuestionarios incompletos.

### 6.5.- Variables de medición:

VARIABLE	TIPO	ESCALA
Otorgamiento de lactancia	Cualitativa	Normal
Duración de lactancia	Cuantitativa	De razón
Inicio de lactancia	Cuantitativa	De razón
Tipo de lactancia	Cualitativa	Normal
Influencia de dotación de sucedáneos	Cualitativa	Normal
Influencia del trabajo	Cualitativa	Normal
Tipos de actividad laboral	Cualitativa	Normal
Jornada laboral	Cualitativa	Normal
Edades en que tuvieron a sus hijos	Cuantitativa	De razón
Grado de escolaridad	Cualitativa	Ordinal
Evento obstétrico	Cualitativa	Normal
Causas de abandono de lactancia	Cualitativa	Normal

### 6.6.- Procedimiento de captura de la información.-

A las madres que acudieron a la consulta externa de medicina familiar se les realizó una entrevista aplicándoles un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas. ( se anexa cuestionario )

Los datos se presentan en frecuencia simple y relativa. La comparación de grupos se realiza por medio de Chi cuadrada para las variables cualitativas y T de Student para las cuantitativas, y se expresan en números y en gráficas..

### Información a recolectar:

Se anexa cuestionario.

6.6.- **Consideraciones éticas.**- No existe ningún riesgo para la población estudiada, por lo tanto no hay peligro de infringir el reglamento de la ley general de Salud en materia de investigación.

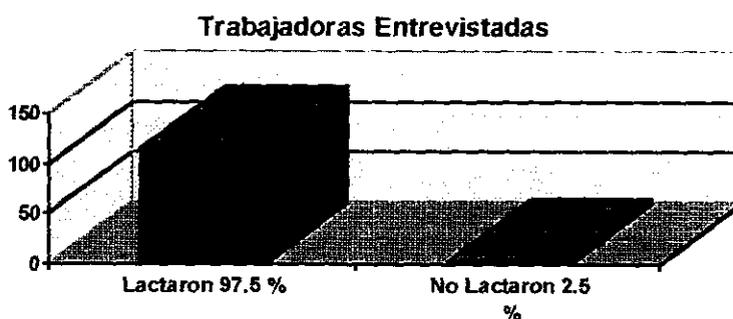
Sin embargo la información personal no será divulgada. De antemano se le solicito a las participantes su permiso por escrito para la realización del estudio.

## 7.- RESULTADOS OBTENIDOS

### 7.1 OTORGAMIENTO DE LACTANCIA:

Se entrevistaron a 118 madres trabajadoras de las cuales 115 ( 97.5 % ) manifestaron que si lactaron a su hijo y las restantes 3 ( 2.5 % ) refirieron que no proporcionaron alimentación al seno materno.

GRÁFICA 1.- “PORCENTAJES DE OTORGAMIENTO DE LACTANCIA”



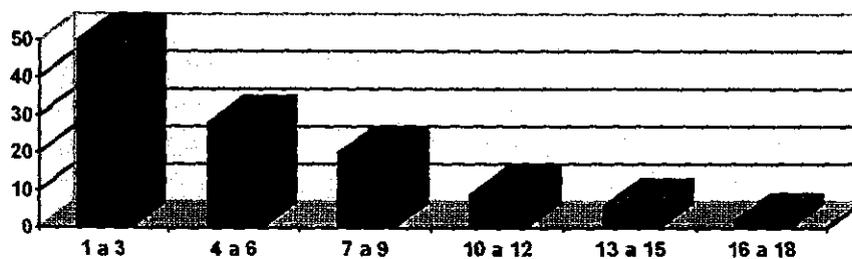
CLINICA DE .M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 7.2.- DURACIÓN DE LACTANCIA:

37 de las madres ( 31.3 % ) lactaron a su hijo por un tiempo mayor de 6 meses y 78 ( 66.1 % ) lo hicieron durante un tiempo menor de 6 meses.

La duración de la lactancia materna vario entre 1 y 18 meses ( según tabla ) con un promedio de 5.4 meses y una desviación estándar de 4.3

GRAFICA 2.- DURACION DE LACTANCIA EN MESES



CLINICA DE .M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

TABLA 1

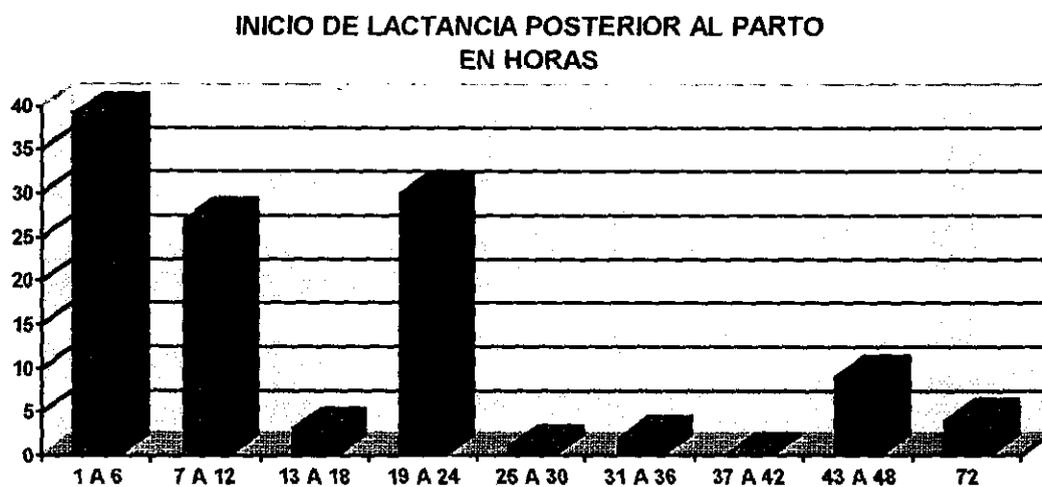
DURACION DE LA LACTANCIA EN MESES	
1 A 3 Meses	50
4 a 6 Meses	28
7 a 9 Meses	20
10 a 12 Meses	9
13 a 15 Meses	6
16 a 18 Meses	2

CLINICA DE .M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 7.3.- INICIO DE LACTANCIA:

El inicio de la lactancia materna se llevo a cabo entre la primer hora y las 72 horas posteriores al parto, con un promedio de inicio a las 17 horas. Y una desviación estándar de 17.5

**GRÁFICA 3**

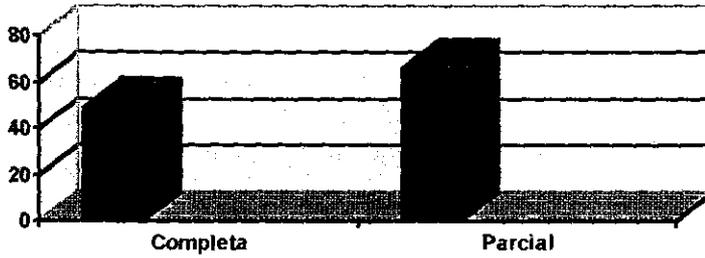


CLINICA DE .M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 7.4.- TIPO DE LACTANCIA:

De las 115 madres que lactaron 49 de ellas ( 42.2 % ) otorgaron lactancia completa y las 66 restantes ( 57.8 % ) la proporcionaron en forma parcial.

**GRÁFICA 4**  
**TIPO DE LACTANCIA OTORGADA**

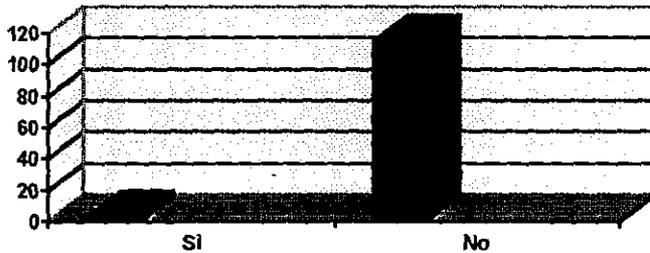


CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

**7.5.- INFLUENCIA DE DOTACIÓN DE SUCEDÁNEOS:**

El hecho de que el ISSSTE proporcione a sus derechohabientes sucedáneos de la leche materna, influyo en 3 madres ( 2.5 % ) para que abandonaran la lactancia materna y en 115 ( 97.5 % ) no tubo influencia.

**GRÁFICA 5**  
**INFLUENCIA DE LA DOTACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA**



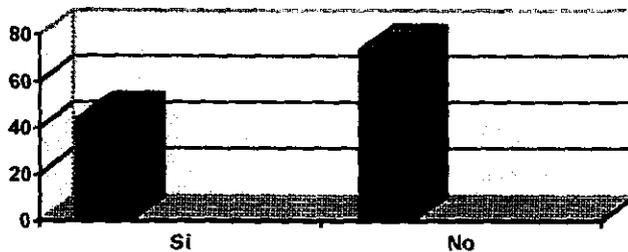
CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 7.6.- INFLUENCIA DEL TRABAJO:

El trabajar fuera de casa influyo en 44 madres ( 37.3 % ) para que suspendieran la lactancia materna y en las 74 madres restantes ( 63.7 % ) no fue causa de abandono de la misma.

**GRÁFICA 6**

**INFLUENCIA DEL TRABAJO EN LA LACTANCIA MATERNA**



CLINICA DE M.F. EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 7.7.- TIPOS DE ACTIVIDAD LABORAL:

La actividad laboral de las madres entrevistadas es diversa, siendo en número mayor Secretarias ( 57. 48.3 % ) Le siguieron las Maestras con 46 ( 39 % ). Se entrevistaron a 8 Enfermeras ( 6.8 % ) a 6 Intendentes ( 5.1 % ) y únicamente 1 Trabajadora Social ( 0.8 % )

**TABLA 2**

ACTIVIDAD LABORAL DE LAS MADRES ENTREVISTADAS		
OCUPACIÓN	NUMERO DE MADRES	PORCENTAJE
Secretaria	57	48.3 %
Maestra	46	39 %
Enfermera	8	6.8 %
Intendente	6	5.1 %

CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 7.8.- JORNADA LABORAL:

En relación a la jornada laboral de las madres trabajadoras entrevistadas, se encontró que 113 de ellas ( 95.8 % ) laboran en jornada única y las 5 restantes ( 4.2 % ) trabajan jornada doble.

**TABLA 3**

JORNADA LABORAL DE LAS MADRES ENTREVISTADAS		
JORNADA	NUMERO DE MADRES	PORCENTAJE
Única	113	95.8 %
Doble	5	4.2 %

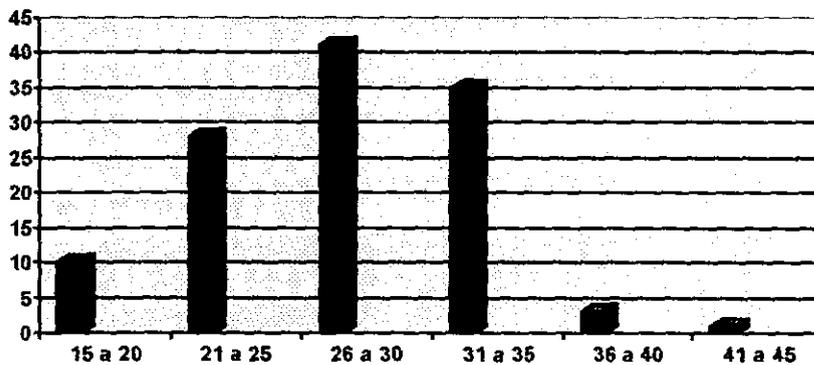
CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 7.9.- EDADES:

Las edades que tenían las madres en el momento que estaban lactando, fluctuó entre los 15 y 45 años, con un promedio de 27 años y una desviación estándar de 4.9.

**GRÁFICA 7**

**EDADES EN QUE TUVIERON A SUS HIJOS**



CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 7.10.- GRADO DE ESCOLARIDAD:

En relación al grado de escolaridad que tenían las madres entrevistadas, encontré que el mayor número de ellas 58 ( 49.2 % ) tienen licenciatura, 10 de las restantes ( 8.5 % ) cursaron hasta bachillerato y 43 más ( 36.4 % ) terminaron la secundaria y las 6 restantes estudiaron únicamente la primaria.

**TABLA 4**

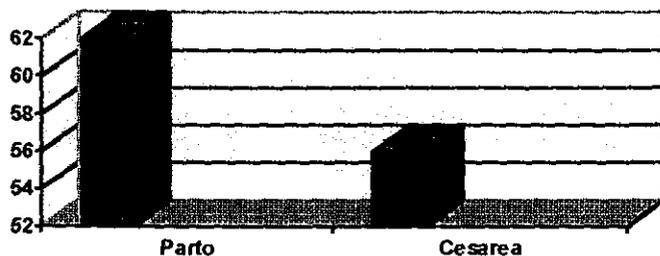
GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES ENTREVISTADAS		
ESCOLARIDAD	NUMERO DE MADRES	PORCENTAJE
Licenciatura	58	49.2 %
Bachillerato	10	8.5 %
Secundaria	43	36.4 %
Primaria	6	5.1 %

CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 7.11.- EVENTO OBSTÉTRICO:

De acuerdo al evento obstétrico se encontró que 62 de las madres ( 52.5 % ) dieron a luz mediante parto eutócico y las 56 restantes ( 47.5 % ) obtuvieron su hijo mediante cesárea.

**GRÁFICA 8**  
**TIPO DE EVENTO OBSTETRICO**

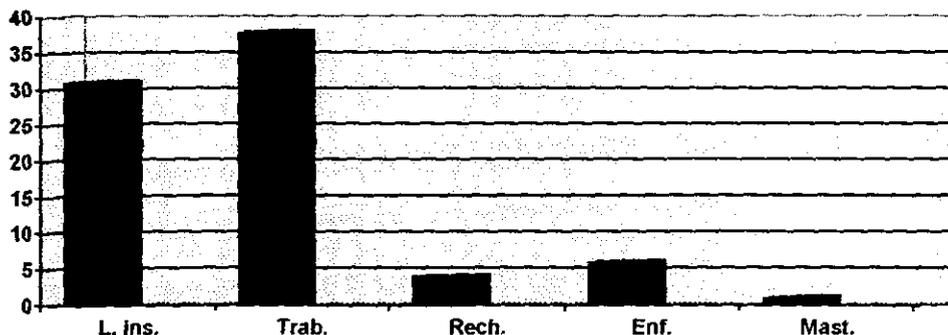


CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL

#### 7.12.- CAUSAS DE ABANDONO DE LACTANCIA:

Dentro de las causas de no lactancia materna y/o abandono de la misma, se encontró que la causa principal fue el trabajo en 38 de las madres ( 32.2 %) y en 31 ( 26.3 %) fué la leche insuficiente, la tercera causa fué por enfermedades de la madre en 6 de ellas ( 5.1 %) y en 4 ( 3.4 %) fué por rechazo al pecho y únicamente 1 ( 0.8 %) a causa de mastopatía.

**GRÁFICA 9**  
**CAUSAS DE NO LACTANCIA Y/O ABANDONO**



CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

## 8.- RESULTADOS COMPARATIVOS DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD LABORAL

### 8.1.- ACTIVIDAD LABORAL Y LACTANCIA MATERNA:

En relación con la diferente actividad laboral de las madres entrevistadas, se observó que no existe una diferencia significativa en cuanto al hábito de la lactancia materna.

**TABLA 1**

ANÁLISIS DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD LABORAL					
<i>Actividad Laboral</i>	<i>Maestras</i>	<i>Secretarias</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Intendentes</i>	<i>Trabajo Social</i>
Si Lactaron	45	55	8	6	1
No Lactaron	1	2	0	0	0
Chi 2	1.83	0.42	0.22	0.16	0.03
P=	0.176	0.519	0.636	0.486	0.871

CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 8.2.- DURACIÓN DE LACTANCIA:

En cuanto al tiempo que duraron lactando, tampoco existió diferencia significativa entre las diferentes actividades laborales.

TABLA 2

TIEMPO DE LACTANCIA					
<i>Actividad Laboral</i>	<i>Maestras</i>	<i>Secretarias</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Intendentes</i>	<i>Trabajo Social</i>
Promedio de Duracion	3.8 meses	3.5 meses	3.7 meses	3.9 meses	4 meses
T Studens	19.26	14.14	0.22	14.35	22.39
P=	0.313	0.656	0.636	0.763	0.170

CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 8.3.- DOTACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE:

La influencia de la dotación de sucedáneos de la leche materna por parte del ISSSTE, no fue significativa en ninguna actividad laboral.

TABLA 3

INFLUENCIA DE LA DOTACIÓN LÁCTEA					
<i>Actividad Laboral</i>	<i>Maestras</i>	<i>Secretarias</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Intendentes</i>	<i>Trabajo Social</i>
SI	0	3	0	0	0
NO	46	54	8	6	1
Chi 2	1.97	3.29	0.22	0.16	0.03
P=	0.160	0.070	0.636	0.684	0.871

## CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

## 8.4.- JORNADA LABORAL Y LACTANCIA:

En relación a la jornada laboral ( única o doble ) entre las diferentes actividades laborales, tampoco existió diferencia significativa.

TABLA 4

JORNADA DE TRABAJO					
<i>Actividad Laboral</i>	<i>Maestras</i>	<i>Secretarias</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Intendentes</i>	<i>Trabajo Social</i>
<b>Única</b>	43	56	7	6	1
<b>Doble</b>	3	1	1	0	0

2

X = 3.1

P= 0.5

## CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

## 8.5.- EVENTO OBSTÉTRICO:

En relación al EVENTO OBSTÉTRICO, no existió diferencia significativa entre las diferentes actividades laborales de las madres entrevistadas.

TABLA 5

EVENTO OBSTÉTRICO					
<i>Actividad Laboral</i>	<i>Maestras</i>	<i>Secretarias</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Intendentes</i>	<i>Trabajo Social</i>
<b>Parto</b>	24	30	2	5	1
<b>Cesárea</b>	38	27	6	1	0

$$\chi^2 = 8.29$$

$$P = 0.08$$

CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

#### 8.6.- CAUSAS DE ABANDONO DE LACTANCIA:

De acuerdo a las causas de abandono de la lactancia materna, únicamente existió diferencia significativa en el grupo de maestras y secretarias, ya que estas abandonaron en mayor porcentaje la lactancia materna como causa de LECHE INSUFICIENTE.

TABLA 6

ABANDONO DE LACTANCIA POR LECHE INSUFICIENTE					
<i>Actividad Laboral</i>	<i>Maestras</i>	<i>Secretarias</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Intendentes</i>	<i>Trabajo Social</i>
Abandonaron	6	20	4	1	0
Chi 2	6.81	4.42	2.49	0.30	0.36
P=	0.009	0.035	0.114	0.583	0.548

CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

## 8.6.1.- TRABAJO COMO CAUSA DE ABANDONO:

En relación al abandono de la lactancia materna a causa del TRABAJO, no existió diferencia significativa entre las diferentes actividades laborales.

TABLA 7

ABANDONO DE LACTANCIA A CAUSA DEL TRABAJO					
<i>Actividad Laboral</i>	<i>Maestras</i>	<i>Secretarias</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Intendentes</i>	<i>Trabajo Social</i>
Abandonaron	18	16	2	2	0
Chi 2	1.66	0.86	0.20	0.00	0.48
P=	0.198	0.352	0.651	0.951	0.488

CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

## 8.6.2.- RECHAZO AL PECHO COMO CAUSA DE ABANDONO:

Como consecuencia del RECHAZO AL PECHO MATERNO existió abandono de la lactancia únicamente en 4 de las madres entrevistadas, no existiendo diferencia significativa.

TABLA 8

ABANDONO DE LACTANCIA A CAUSA DE RECHAZO AL PECHO MATERNO					
<i>Actividad Laboral</i>	<i>Maestras</i>	<i>Secretarias</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Intendentes</i>	<i>Trabajo Social</i>
Abandonaron	1	3	0	0	0
Chi 2	0.34	0.118	0.30	0.22	0.04
P=	0.559	0.277	0.583	0.637	0.850

CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 8.6.3.- ENFERMEDAD MATERNA COMO CAUSA DE ABANDONO:

Existió abandono de la Lactancia al Pecho Materno a causa de ENFERMEDAD

únicamente en 6 de las madres entrevistadas, sin existir diferencia significativa.

**TABLA 9**

ABANDONO DE LACTANCIA A CAUSA DE ENFERMEDAD					
<i>Actividad Laboral</i>	<i>Maestras</i>	<i>Secretarias</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Intendentes</i>	<i>Trabajo Social</i>
Abandonaron	48	2	0	0	0
Chi 2	2.04	0.57	0.46	0.34	0.05
P=	0.153	0.451	0.497	0.560	0.816

CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

### 8.6.4.- ENFERMEDAD DE MAMA COMO CAUSA DE ABANDONO.

Como consecuencia de MASTOPATIA, existió abandono de lactancia únicamente en

una madre de las entrevistadas, por lo que no existió diferencia significativa.

**TABLA 10**

ABANDONO DE LACTANCIA A CAUSA DE MASTOPATIA					
<i>Actividad Laboral</i>	<i>Maestras</i>	<i>Secretarias</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Intendentes</i>	<i>Trabajo Social</i>
Abandonaron	1	0	0	0	0
Chi 2	1.58	0.94	0.07	0.05	0.01
P=	0.208	0.331	0.786	0.816	0.926

CLINICA DE M.F. DEL ISSSTE EN CIUDAD GUZMAN JAL.

## 9.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Los resultados obtenidos nos revelan que en las madres trabajadoras derechohabientes del I.S.S.S.T.E. el hábito de la lactancia al seno materno es bueno, ya que de 118 madres entrevistadas, únicamente 3 de ellas no otorgaron lactancia al seno, por lo que el porcentaje de las madres que si lactaron fue de 97.5 %, y únicamente el 2.5 % de los niños hijos de madres trabajadoras no recibieron leche materna, cifra que no concuerda con la reportada en la Encuesta Nacional de Salud, realizada en 1986, en la que se observó que 19.9 % de los niños, nunca recibió leche materna, y esta cifra llegó a 34 % entre los niños nacidos en el Estado de Baja California. (13)

En relación al tiempo durante el cual recibieron lactancia al seno materno los niños, se observó que el 43 % de los niños fueron amamantados durante los primeros 3 meses. Esta cifra es menor a la reportada en estudios realizados en México en 1975 a 1981, en la que se menciona que el 62 % de las madres habían amamantado a sus hijos hasta los 3 meses de edad..(1)

En cuanto al inicio de la lactancia posterior al nacimiento del niño, se observó que el 82 % de las madres iniciaron la lactancia dentro de las primeras 24 Hrs, posteriores al nacimiento del niño. Esto refuerza la investigación realizada por SALARIYA, Easton y Carter en 1978, en la que reportan que la succión temprana después del parto, se asociaba con mayor producción de leche y mayor tiempo de amamantamiento.(17)

Se observó que las madres trabajadoras derechohabientes del ISSSTE, otorgaron en un mayor porcentaje ( 56 % ) lactancia "Parcial o Mixta" y el 44 % proporcionaron lactancia completa.

SANTOS-Torres, En su artículo "La lactancia materna en las colonias marginadas de Guadalajara", publicado en el boletín Médico del Hospital Infantil Mexicano en 1990, menciona que entre las causas más frecuentes para no ofrecer el seno materno o suspenderlo, se encuentran la insuficiencia en la producción de leche, y las causas laborales así como la influencia de las prácticas institucionales (15).

En la presente investigación se encontró que únicamente en el 2.5 % de las madres trabajadoras derechohabientes del ISSSTE, influyó la dotación de sucedáneos de la leche materna por parte de la institución, para que estas suspendieran la lactancia al seno materno.

El trabajo si influyó en forma mas significativa para que se suspendiera la lactancia al seno materno, ya que el 37.7 % de las madres trabajadoras, manifestó que el trabajar fuera de su casa influyó para que suspendieran la alimentación al seno. Leyva P.R menciona en su artículo " Variables asociadas a Prácticas alimentarias durante la lactancia en Tijuana" que el ingreso familiar es una de las causas de baja prevalencia en el uso de la lactancia materna, lo que concuerda con la presente investigación, ya que no existió diferencia significativa entre las diferentes actividades laborales, sino que la influencia en la baja prevalencia de la lactancia al seno materno es el trabajar fuera de casa y la jornada de trabajo y no el tipo de trabajo o actividad laboral..

## 10.- SUGERENCIAS.

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación se sugiere reforzar las actividades para fomentar la alimentación al seno materno, por ejemplo:

- a.- Concientizar a los médicos, enfermeras y derechohabientes embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural.
  
- b.- Poner en practica la lactancia materna durante la media hora siguiente al parto.
  
- c.- Capacitar a las madres sobre como se debe dar de amamantar al niño y como mantener la lactación en caso de que tenga que separase de su hijo.
  
- d.- Dar exclusivamente leche materna a los recién nacidos, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.

## 11.- CONCLUSIÓN FINAL

- a.- **El tipo de actividad laboral no tuvo diferencia significativa en el otorgamiento de la lactancia al seno materno.**
- b.- Las madres trabajadoras adscritas a la clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Ciudad Guzmán Jal. Proporcionan lactancia materna las dos terceras partes de las madres trabajadoras durante los primeros tres meses .
- c.- La actividad laboral fue causa del no otorgamiento de la lactancia materna en un 37.3 % de las madres trabajadoras adscritas a la clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Ciudad Guzmán Jal.
- d.- El habito de la lactancia materna entre madres trabajadoras que laboran un solo turno y las que laboran doble turno, es diferente ya que la mayoría de las madres que laboran un turno lactan a sus hijos y solamente menos de la vigésima parte de las que laboran doble turno lactan a sus hijos.
- e.- Las madres trabajadoras que proporcionan lactancia al pecho se encuentran entre 26 y 30 años de edad.
- f.- En relación al grado de escolaridad con el habito de la lactancia materna se observó que no existe diferencia significativa.
- g.- El tiempo promedio de inicio de lactancia materna posterior al parto fue de 17 hrs.
- h.- Prácticamente no se asoció la dotación de sucedáneos de la leche materna con el no otorgamiento de la lactancia materna.
- i.- No existe diferencia significativa en el hábito de la lactancia materna en las madres trabajadoras en

relación al evento obstétrico. ( parto o cesárea ) .

j.- El tipo de lactancia mixta fue el más frecuente entre las madres trabajadoras.

k.- En la clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Ciudad Guzmán Jal. Existen buenos hábitos de lactancia materna, ya que la gran mayoría de las madres proporcionan lactancia materna.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA.**

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Samuel Flores-Huerta, "La práctica del amamantamiento en México" en : Gac Méd Méx vol, 131, No. 3. 1992
- 2.- Rafael Pascano Gamboa, "Hábitos de la lactancia materna" en : Infosel Médica, Universidad autónoma de Chiapas, área biomedica. 1991
- 3.- Vega FL, "Trascendencia biológica de la alimentación al seno materno" en : Bol Med Hosp Mex. 1989;46.743-744.
- 4.- Isabel Fernández de Castello,. "La lactancia" en :Salud Pública Méx. 1997; mayo-junio. 35-37.
- 5.- Campuzano M,Chavez A,. "Prácticas de Alimentación Infantil en México" en: Rev. del Instituto Nacional de la Nutrición. 1990;1.2-4.
- 6.- Villalpando S, De Santiago S,. "Bases Biológicas de la lactancia materna" en: Boletín Medico Hospital Infantil Mex. Volumen 50-numero 12 1993;889-896.
- 7.- Atkinson SA, Hanson LA, Chandra RJ,.. "Lactancia y Leche Humana" en : Medicina Pediátrica 1994;12-15
- 8.- González PA, Moreno CM,. "Lactancia materna" en : Manual en Capacitación en Lactancia Materna de la Secretaria de Salud. 1993;23-239.
- 9.- J.C. Martínez Cárdenas, "Nutrición y Lactancia Materna" en : Hospital Pediatrico Mártires de Tunas, 1994.
- 10.- Cravioto A, "Presencia de Factores Especificos en leche materna contra cepas de Escherichia Coli causantes de diarrea en humanos" en : Gaceta Medica de México.1990;126:35-43.
- 11.- Newman Jack, "Proteínas de la leche con funciones defensivas" en : Scientific American, Edición española, 1998.
- 12.- Leyva PR, Bacardi-Gascon M,Jimenez-Cruz.A, "Variables Asociadas a Prácticas alimentarias durante la lactancia en Tijuana" (segunda parte) en : Rev. Méx. de Pediatría.1994;61.12-14.
- 13.- Leyva PR,. Bacardi-Gascon M, Jiménez-Cruz.A, "Variables Asociadas a Patrones de Lactancia en Tijuana México" en : Salud Publica Méx. 1994;36:161-167.
- 14.- Hofvander Y, y Hillervik Ch, "La lactancia natural en los hospitales Suecos". Foro Mundial de la Salud. 1995;16:109-113..

- 15.- Santos-Torres I, Vasquez-Garivay E, Napoles-Rodriguez F, "Hábitos de Lactancia Materna en colonias marginadas de Guadalajara" en : Bol Med Hosp Infan Méx. 1990;47:318-322.
- 16.- Sotelo CN, Barragán OLF, "Patrones de lactancia y ablactación en el primer semestre de la vida" en : Rev Méx de pediatría. 1994;61:83-87.
- 17.- González PA, "Importancia del inicio de la Lactancia Materna" en: Bol Hospital Amigo. 1994;10:2-3.
- 18.- Pérez ER, G. Dewey K, "Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México" en : Bulletin of the Pan American Health Organization. 1992; 26:23-33.
- 19.- Arreguin OL, "Actualidades en Alimentación Infantil" en : Bol Med Hosp Infan Méx. Vol 52 1993;328-334.
- 20.- Salvador Villalpando, Soledad De Santiago, "La lactancia y el metabolismo de proteínas" en : Hospital Infantil Méx. Vol. 47. No. 3. Marzo, 1990.
- 21.- Guyton A,.. "Fisiología de la Lactancia" en : Tratado de Fisiología Medica .U.S.A. editorial interamericana . 1990;1042:1044.
- 22.- Dusdieker, B. Stumbo, "Prolonged maternal fluid supplementation" en : breastfeeding, Pediatrics, U.S.A. Medical Journal 1990.
- 23.- Clift L. Fitzpatrick H., "The potential adverse effects of soybean phytoestrogens in infant feeding" en : Medical Journal, U.S.A. 108-208, 1995.
- 24.- López-Cervantes M, "Lactancia materna, destete y ablactación" en Salud Pública Méx 1997; 412-419.
- 25.- Tolstopiatov, B, Popovic, "Costo de la alimentación materna en la ex-Yugoslavia" en : International Child Health, 1996; VII (1); 39-44. Medical Journal, U.S.A.
- 26 Marta Elena Rivera-Pasquel, "Lactancia materna y actividad laboral" en : Paidos. net, tareas. 1998. Mex.

**I.S.S.S.T.E.**  
**SUBDIRECCION GRAL MEDICA**  
**SUBDELEGACION JALISCO**  
**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR**  
**CD. GUZMAN JALISCO**

**CÉDULA RECOLECTORA DE DATOS**

Madre. \_\_\_\_\_ Fecha. \_\_\_\_\_

- 1.- ¿LACTO A SU ULTIMO HIJO? \_\_\_\_\_ SI NO.
- 2.- ¿DURANTE CUANTO TIEMPO. \_\_\_\_\_ Meses.
- 3.- ¿CUANTAS HORAS DESPUÉS DEL PARTO INICIO LA  
LACTANCIA. \_\_\_\_\_
- 4.- ¿LA LACTANCIA FUE COMPLETA O PARCIAL. \_\_\_\_\_
- 5.- ¿INFLUYO LA DOTACIÓN LÁCTEA POR EL ISSSTE EN LA LACTANCIA. \_\_ SI NO
- 6.- ¿EL TRABAJAR FUERA DE SU CASA FUE CAUSA DE ABANDONO DE LA  
LACTANCIA. \_\_\_\_\_ SI NO.
- 7.- ¿QUE TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL  
DESEMPEÑA. \_\_\_\_\_
- 8.- ¿TRABAJA JORNADA ÚNICA O DOBLE. \_\_\_\_\_
- 9.- ¿QUE EDAD TENIA AL NACIMIENTO DE SU HIJO. \_\_\_\_\_
- 10.- ¿QUE GRADO DE ESCOLARIDAD TENIA AL NACIMIENTO DE SU ULTIMO  
HIJO. \_\_\_\_\_
- 11.- ¿SU ULTIMO HIJO LO OBTUVO MEDIANTE PARTO O  
CESAREA. \_\_\_\_\_
- 12.- CAUSA POR LA QUE NO LACTO O SUSPENDIÓ LA  
LACTANCIA \_\_\_\_\_