

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES ATENDIDAS
DE PARTO EUTÓCICO EN EL HOSPITAL GENERAL DE LOS
MOCHIS “

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN :

295254

MARTHA BEATRIZ ARANDA ESQUIVEL	9761210 - 6
MARÍA ALTAGRACIA GUERRERO MARTÍNEZ	9761217 - 5
MARÍA DOLORES HAYASHI ROJAS	9761209 - 6
MARTHA GUADALUPE PERALES GAXIOLA	9761203 - 4

CON LA ASESORÍA DE



ASESOR UNAM-ENEO: LIC. MA. DE LOS ANGELES GARCÍA ALBARRÁN



LOS MOCHIS, SINALOA MEXICO 2000
Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social



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.

DEDICATORIAS

ALABANZA AL CREADOR Y PRESERVADOR

Alegraos, oh justos, en Jehová;
En los íntegros es hermosa la alabanza.

Aclamad a Jehová con arpa;
Cantadle con salterio y desacordio.
Cantadle cántico nuevo;
Hacedlo bien, tañendo con júbilo.

Porque recta es la palabra de Jehová,
Y toda su obra es hecha con fidelidad.
El ama justicia y juicio;
De la misericordia de Jehová está
llena la tierra.

Por la palabra de Jehová fueron
Hechos los cielos.
Y todo el ejército de ellos por el
Aliento de su boca.

El junta como montón las aguas
del mar;
El pone en depósitos los abismos.

Tema a Jehová toda la tierra;
Teman delante de él todos los habitantes
del mundo.

Porque él dijo, y fue hecho;
El mandó, y existió.

Salmos 33:1-9

A NUESTROS PADRES:

Con gratitud y cariño por habernos guiado, comprendido, apoyado e inculcado el hábito del estudio en el transcurso de la carrera, a quienes debemos apoyo moral y económico.

A NUESTROS HERMANOS:

Que con su gran cariño y apoyo contribuyeron a la culminación de esta etapa de mi carrera.

A MI HIJO ANTONIO

Quiero dedicarte esta tesis a ti, por todo el tiempo que no pude compartir contigo, por la paciencia que me has tenido y porque estuviste siempre alentándome, por tu cariño.

Tu eres toda mi alegría y hoy quiero decirte que te quiero mucho.

Tu mamá.

María Altagracia Guerrero Martínez.

A MI ESPOSO Y MIS HIJAS HATUE Y HARUMI

Para ti que eres un esposo ejemplar, ya que con tu apoyo siento seguridad en lo que hago, por lo mucho que me ayudaste hasta la culminación de este trabajo, por tu paciencia en cada momento difícil durante todo este tiempo. Para el regalo más grande que Dios me ha dado mis hijas a quienes quiero con todo mi corazón. Gracias.

Ma. Dolores Hayashi Rojas.

PARA MIS HIJOS MIROSLAVA, MIRLA SUHEY Y MARIO ALBERTO

Quienes son todo para mí y que llenan de luz, alegrías y esperanza mi vida entera. Para mi esposo por su apoyo incondicional.

Los quiero mucho a todos.

Martha Beatriz Aranda Esquivel

PARA MI HIJO

Que aún no tengo entre mis brazos, pero que desde que está en mi vientre, me ha dado la fuerza y la paciencia para salir adelante. Por todo esto Gracias.

Te quiero mucho.

Martha Guadalupe Perales Gaxiola



Finalmente dedicamos este trabajo a todas las madres que se esfuerzan, aman y desean un mejor futuro para sus hijos, ofreciéndoles lo mejor de ellas, desde el momento en que son concebidos y durante toda su vida.

AGRADECIMIENTOS

Universidad Nacional Autónoma de México.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Universidad Autónoma de Sinaloa.

Escuela de Enfermería Mochis. U.A.S.

Hospital General de Los Mochis.

Departamento de Enseñanza del Hospital General de Los Mochis.

Departamento de Enfermería del Hospital General de los Mochis.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

L.E.O. Ma. de los Angeles García Albarrán.
L.E.O. Magdalena Mata Cortéz.
Lic. Y Enf. Ma. Magdalena Rodríguez Peña.

Porque con su amistad, apoyo incondicional, su lucha, esfuerzo y paciencia nos motivaron para lograr este trabajo de gran valor para nosotras.
Muchas Gracias.

A nuestra compañera: Ma. Dolores Hayashi Rojas, gracias por su amistad y apoyo constante e invaluable que sin él difícilmente lo hubiéramos podido lograr.
Gracias.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN -----	I
INTRODUCCIÓN -----	12
CAPITULO 1	
METODOLOGIA	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	17
1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA -----	20
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN -----	20
1.4. UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO -----	21
1.5. OBJETIVOS -----	23
1.5.1. General -----	23
1.5.2. Específicos -----	23
1.6. DETERMINACION DE LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACION -----	23
1.6.1. Tipo de investigación -----	23
1.6.2. Diseño de la investigación -----	24
1.6.3. Cronograma de trabajo -----	25
1.7. HIPÓTESIS -----	26
1.7.1. General -----	26
1.7.2. De trabajo -----	26
1.7.3. Nula -----	26

1.8. VARIABLES E INDICADORES	-----	27
1.8.1. Modelo de la relación de variables	-----	27
1.8.2. Independiente	-----	27
Indicadores	-----	27
1.8.3. Dependiente	-----	27
Indicadores	-----	27
1.9. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.	-----	28
1.9.1. Definiciones conceptuales	-----	28
1.9.1.1. Lactancia materna	-----	28
1.9.1.2. Lactancia materna exclusiva	-----	28
1.9.1.3. Abandono de la lactancia materna	-----	28
1.9.1.4. Recién nacido	-----	28
1.9.1.5. Rechazo del recién nacido	-----	28
1.9.1.6. Abandono de la lactancia materna por enfermedad	-----	28
1.9.1.7. Abandono de la lactancia materna por el trabajo	-----	28
1.9.2. Definiciones operacionales	-----	29
1.9.2.1. Lactancia materna	-----	29
1.9.2.2. Lactancia materna exclusiva	-----	29
1.9.2.3. Abandono de la lactancia materna	-----	29
1.9.2.4. Recién nacido	-----	29
1.9.2.5. Rechazo del recién nacido	-----	29
1.9.2.6. Abandono de la lactancia materna por enfermedad	-----	29
1.9.2.7. Abandono de la lactancia materna por el trabajo	-----	29
1.10. METODO DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES	-----	30
1.10.1. Universo	-----	30
1.10.2. Población	-----	30
1.10.3. Muestra	-----	30
1.11. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES	-----	30

1.11.1.	Inclusión -----	30
1.11.2.	Exclusión -----	30
1.12.	RECURSOS -----	31
1.12.1.	Recursos humanos -----	31
1.12.2.	Recursos materiales -----	31
1.12.3.	Recursos financieros -----	32
1.13.	CUESTIONARIO COMO INSTRUMENTO DE TRABAJO -----	33
1.14.	RECOLECCION DE DATOS -----	36

CAPITULO 2

MARCO TEORICO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL -----	39
2.1. LACTANCIA MATERNA Y SUPERVIVENCIA INFANTIL -----	39
2.2. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA MAMA -----	40
2.2.1. Glándula mamaria -----	40
2.2.2. Fisiología de la mama -----	41
2.2.3. Fisiología de la lactancia -----	43
2.3. SÍNTESIS Y SECRECIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA LECHE -----	44
2.4. RESPUESTA INMUNOLÓGICA -----	45
2.4.1. Factores humorales -----	46
2.4.2. Factores celulares -----	48
2.4.3. Propiedades antialérgicas de la leche materna -----	48
2.5. CARACTERÍSTICAS DE LA LECHA MATERNA -----	49
2.5.1. Precalostro -----	50
2.5.2. Calostro -----	50
2.5.3. Leche de transición -----	50
2.5.4. Leche madura -----	50
2.5.5. Leche de prematuro -----	53
2.6. BENEFICIOS -----	53
2.6.1. Ventajas para el niño -----	53

2.6.2.	Alojamiento conjunto -----	56
2.6.3.	Para la madre -----	57
2.6.4.	Para la familia -----	58
2.6.5.	Para la sociedad -----	59
2.6.6.	Buena nutrición para la madre y el recién nacido dentro de la lactancia-----	60
2.7.	NUTRICIÓN INFANTIL -----	61
2.7.1.	Ablactación y destete-----	62
2.7.2.	Aspectos ontogénicos de la alimentación-----	63
2.7.3.	Riesgos de la ablactación temprana -----	64
2.7.4.	Pautas generales para llevar a cabo la ablactación y el destete-----	65
2.7.5.	Factores que determinan el destete -----	66
2.7.6.	Como realizar el destete -----	66
2.8.	DIFERENCIAS CON LAS FÓRMULAS LÁCTEAS COMERCIALES-----	67
2.9.	CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA. -----	70
2.10.	BASES LEGALES EN MÉXICO DE LA LACTANCIA MATERNA-----	73
2.11.	MITOS -----	74
2.12.	¿A QUE SE EXPONE UN NIÑO NO AMAMANTADO? -----	77
2.13.	NORMAS PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA -----	78
2.14.	BASES PARA LA LACTANCIA (sugerencias para las madres) -----	79
2.15.	FACTORES CONDICIONANTES DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA -----	80
2.15.1.	Factores socioeconómicos-----	80
2.15.2.	Empleo-----	81
2.15.3.	Aspectos Psicológicos-----	81
2.15.4.	Adolescencia -----	82
2.15.5.	Embarazo en el adolescente-----	83
2.15.6.	Sexualidad y adolescencia-----	84
2.15.7.	Sexualidad y embarazo-----	85

2.15.8. Otros factores	87
------------------------	----

CAPITULO 3

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

3.1. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	142
3.2. COMPROBACION DE HIPOTESIS	145

CONCLUSIONES	146
--------------	-----

RECOMENDACIONES	150
-----------------	-----

GLOSARIO DE TÉRMINOS	151
----------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
----------------------------	-----

INTRODUCCIÓN

El alimento que es sin duda el más adecuado a las características anatómicas y funcionales del menor de cuatro meses es la leche materna. Con la llamada lactancia materna exclusiva, se confiere un grado de protección importante al recién nacido, tanto frente a infecciones gastrointestinales como respiratorias, y se dan las condiciones para un crecimiento y desarrollo armónico y adecuado en el primer año de vida¹.

A pesar de estos beneficios ha habido factores que invitan al abandono del seno materno, relacionados con aspectos sociales, económicos y culturales. Dentro de ellos el rol de la mujer ante el trabajo y los estilos de vida, han determinado el aumento en el consumo de los llamados sucedáneos de la leche materna y un incremento en el uso de mamilas y chupones, que no son esterilizados completamente.

Asimismo la importante promoción de artículos y alimentos para el bebé han influido en la madre, sumado a la causa primera que se refiere la madre: la falta de producción de leche, afirmando "el niño no se llena, se queda con hambre". Esto la motiva a incluir las leches de bote, tés y atoles en la alimentación del neonato, alterando su digestión. En consecuencia disminuye la succión y el estímulo neuroendócrino para la producción de la secreción láctea. La lactancia materna permite un contacto piel a piel, relación que brinda afecto, alimento que da protección y un vínculo afectivo entre madre e hijo².

En la 27ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en finales de 1977 se evaluó la situación del abandono de la alimentación al seno materno, la lactancia natural. Un año después se insistió en la reglamentación de la comercialización de sucedáneos, siendo México y las industrias transnacionales productoras un

¹ ROMANILLOS T. "El primer año del bebé, en: "Clara" Mensual, No. 12 p 3

² JUNCA, P "Nutrición y alimentación del recién nacido", en Manual de Neonatología ed. Mediterráneo, p137

ejemplo a seguir, ya que disminuyó la difusión y propaganda de la "alimentación artificial", aun con las consecuencias económicas que esto requirió³.

El gobierno de México a través de la Secretaría de Salud se comprometió a realizar programas sustantivos en favor de la protección de la infancia ante la UNICEF, estableciendo a partir de 1991 la estrategia de Hospital Amigo del Niño y de la Madre e impulsó acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna desde el segundo nivel de atención. En la actualidad el 87% de los hospitales del Sistema Nacional de Salud mantienen este programa donde se han de cumplir los diez pasos para una Lactancia Materna Exitosa, que incluyen el alojamiento conjunto del niño con su madre, iniciar en la primera media hora después del parto la alimentación al seno materno, explicándole que el calostro es benéfico para el hijo. Así como otros 29 pasos que incluyen desde la atención perinatal, el fortalecimiento de programas preventivos como la detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario, las inmunizaciones y la realización del tamiz para el diagnóstico oportuno de hipotiroidismo congénito. Además la capacidad de integrar la docencia, la investigación y la atención del usuario con calidez y eficiencia.

Todas estas acciones se verán favorecidas realmente cuando se logre no sólo la certificación de Hospitales Amigo en el Primer nivel de Atención, sino cuando exista un mayor impacto de este programa y se constituyan como Centro o Unidades Amigas de la Familia con el compromiso de la población para su autocuidado y búsqueda de soluciones a los problemas de salud enfermedad en forma participativa y en reciprocidad con las instituciones de salud.

Las acciones en los servicios de salud pueden ser fortalecidas por los programas de formación técnica y profesional de salud; ejemplo de ello, es el Departamento de Salud Pública de nuestra Facultad, que ha integrado en la Unidad temática de Nutrición y Alimentación Humana el tema de Lactancia

³ OMS, UNICEF

Materna, siendo necesaria la aplicación práctica y la observación concreta en los centros clínicos y hospitalarios.

En este contexto se desarrolló el proyecto de Factores de abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas de parto en el hospital general de Los Mochis, Sinaloa. De igual modo se requiere tener un mayor conocimiento de la perspectiva con la que los niños y las madres perciben su realidad pues sus acciones son influyentes. Si a esto agregamos que deseamos tomar para éste estudio una particular preocupación por la visión de género, aparte de la interacción bebe - madre a través de la lactancia materna y con el resto del contexto social en que viven.

El principal propósito de este proyecto es el desarrollo de una estrategia de intervención educativa de enfermería en educación para la salud incrementando la calidad y cantidad de la lactancia materna entre madres y niños de bajo nivel socioeconómico. También se espera que el bienestar emocional de la madre se incremente lo cual a su vez reforzará la calidad del cuidado del bebé contribuyendo a mejorar su salud y desarrollo.

Este trabajo recepcional, se encuentra conformado en tres capítulos: El primero, presenta los aspectos metodológicos que se utilizarán para su realización, el cual incluye: desde el planteamiento e identificación del problema, los objetivos, el porque de esta investigación, hasta los recursos que fueron necesarios para hacerla posible, el instrumento de trabajo y la recolección de datos. El capítulo segundo incluye: el marco teórico conceptual y referencial que consiste en la información recopilada de diversos autores sobre temas que dan la fundamentación teórica al trabajo, el cual contiene los temas referentes a lactancia materna; adolescencia; factores de riesgo de abandono; embarazo. Y en el tercer capítulo , la presentación de los resultados en cuadros y gráficas, así como la comprobación de la hipótesis y el análisis de los resultados.

Finalmente se incluirán las conclusiones y recomendaciones que surgieron de los resultados, así como glosario de términos y las referencias bibliográficas, elementos que sirvieron de base para la realización de la investigación

CAPITULO 1

METODOLOGIA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños son parte vital de la sociedad y representan el futuro de la sociedad. Son los futuros padres, trabajadores, ciudadanos y proveedores de servicio. La forma como la sociedad trata a sus niños da el marco referencial de recursos para la infancia y la extensión en que los escucha y atiende representa los valores sociales clave de esa sociedad.

La salud del individuo comienza desde el momento mismo de la fecundación, debido a que en esos momentos la vida comienza a desarrollarse con diferencias individuales influenciadas por aspectos genéticos, ambientales, así como las condiciones sanitarias, económicas y culturales que tienen una estrecha relación entre el binomio madre hijo⁴.

Los intereses y derechos del niño son de interés mundial y así se refleja en la Convención de los Derechos Internacionales del Niño a la cual México se suscribió. El hecho que los niños y niñas dependan de otros para el ejercicio de sus derechos crea una obligación moral aún mayor en los individuos y naciones. Las vidas de los niños transcurren en una variedad de contextos geográficos, sociales, económicos, familiares e inmersos en diferentes redes de organizaciones e instituciones. La extensión y carácter de su involucramiento e interacción en ellas es crucial si queremos entender tanto al niño como a esos contextos sociales.

En Latinoamérica se aprecian una serie de cambios sociodemográficos que afectan la vida de los niños. El número de familias que vive en la pobreza está aumentando, tanto en niveles absolutos como en porcentajes. Para Latinoamérica y el Caribe la proporción subió de 41% a 43% entre 1980 y 1986, lo que en cifras corresponde a un aumento de 136 millones a 170 millones de personas viviendo en la pobreza (Cepal 1993). Se aprecian cambios en la estructura familiar. La

⁴ San Martín, H. "Salud y Enfermedad" 3ª ed. Edit. Prensa Médica Mexicana, México, 1991, pág. 441.

proporción de hogares cuya cabeza de familia es una mujer soltera está aumentando correspondiendo a un 20% en la región (Cepal, Celade 1995). De igual forma la proporción de mujeres que trabaja fuera del hogar se ha incrementado, conllevando largas horas de trabajo en actividades informales y de servicios mal pagados. La migración de la población rural ha aumentado estableciendo problemas de vivienda y de servicios básicos severos en los sectores marginales. Estas circunstancias implican necesidades no cubiertas y por lo tanto grave riesgo para los niños de esos hogares.

Sabemos que hay razones de orden, biológico, social, económico y político convincentes que justifican invertir en el cuidado de la primera infancia (Myers, 1991). Las investigaciones sobre el desarrollo han demostrado que los primeros años de vida son críticos para el desarrollo de la inteligencia, el lenguaje, el comportamiento social y la personalidad. De igual forma se ha demostrado en Latinoamérica, corroborando experiencias de países desarrollados, que diversos programas de intervención temprana tienen efectos positivos a largo plazo⁵.

La Lactancia Materna es la única alimentación natural de la especie humana desde el nacimiento, siendo el exclusivo medio de aporte de nutrientes hasta por lo menos el sexto mes de vida, y debiendo proseguir idealmente hasta el segundo año de edad ó más aún.

Más allá de los aspectos nutricionales, la lactancia materna asegura la continuación de un vínculo único entre madre e hijo, tan importante en el desarrollo de la persona como el alimento mismo.

La Organización Mundial de la Salud ha declarado que todo alimento administrado antes de los seis meses de edad a un niño, en reemplazo parcial o total de la leche materna, debe ser considerado **MEDICAMENTOSO**, no constituyendo por lo tanto una simple alternativa de alimentación.

⁵ Myers 1991.

Asimismo, en 1994 la O. M. S. ha recomendado a sus estados miembros fomentar la lactancia exclusiva hasta el sexto mes de vida, y su prosecución hasta los dos años de edad, dejando de lado anteriores propuestas⁶.

La inmensa mayoría de las internaciones pediátricas por diarrea e infecciones respiratorias desaparecerían tan solo con el fomento de la lactancia natural exclusiva hasta el sexto mes de vida. Muchas de las patologías banales que saturan la demanda de los servicios de salud desaparecerían o al menos se minimizarían de ponerse en práctica una política de apoyo a la lactancia materna.

Es responsabilidad indelegable de los trabajadores de la salud, cualquiera sea su ámbito de trabajo, especialidad, nivel de decisión y jerarquía, asegurar un estado de salud óptimo en los niños y sus madres, evitando la pérdida de las potencialidades con las que todo ser humano nace más allá de su condición social, económica y/o racial.

La temprana pérdida de la salud, la desnutrición, la anemia, las separaciones de la familia producto de internaciones, entre otros, son factores que influyen sobre el desarrollo neurológico y psicológico y limitan el futuro de cada niño

Sin embargo en la gran mayoría de los países de América Latina la cobertura de programas de educación inicial es inferior al 20%, y aún menor en el caso de los niños que viven los efectos acumulativos de la pobreza y la marginalidad social. Hay muchos lugares y focos de pobreza tanto urbanos como rurales en donde los programas de estimulación temprana y educación inicial son inexistentes.

Los niños de la pobreza y pobreza crítica son los más afectados pues su atención debería ser integral, cubriendo áreas de salud, nutrición, cuidado e higiene, y son los que menos alcanzan los programas sociales compensatorios

⁶ OMS, UNICEF

Por todo ello se hace necesario determinar cuales son los factores de abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis, Sinaloa.

1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General de Los Mochis .

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se justifica por que:

Se justifica porque permite contar con la información fidedigna, reciente y actualizada en relación con el problema planteado de la identificación de factores que condicionan el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis, Sinaloa.

También se justifica porque con base en las evidencias obtenidas, se pondrán proponer alternativas y estrategias tendientes a solucionar en parte la problemática presentada con relación a la interacción binomio madre – hijo, mejorar el alto índice de abandono de la lactancia materna en mujeres de postparto e impulsar programas de educación continua para el personal de salud en especial al profesional de enfermería.

En la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el enfoque perinatal de la actividad de la enfermera requiere de mayor información veraz acerca de los factores que determinan y condicionan el crecimiento y desarrollo de la especie

humana a fin de entrenar, capacitar y fomentar la actuación de sus egresados en el cuidado de la salud materno – infantil.

Finalmente porque este trabajo permitirá a los autores obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, y contribuir con los programas de investigación que apoyan el trabajo de enfermería en el área materno - infantil.

1.4. UBICACIÓN DEL TEMA

El presente trabajo de investigación se ubica en el área de: Gineco-obstetricia, Perinatología, Pediatría, Nutrición, Salud Pública, Psicología, y Sociología.

Se relaciona con la Gineco-obstetricia en el manejo asistencial de la mujer embarazada, ya que el resultado de esto depende el nacimiento de un producto, bebe sano. Además de que se le ofrece a la madre las alternativas para iniciar el cuidado, de una lactancia materna sana.

Se relaciona con la Perinatología y Pediatría porque se estudia el crecimiento de los niños desde su nacimiento hasta el año de edad, correlacionado con la influencia de su crecimiento intrauterino, que recae sobre el crecimiento extrauterino, en donde posterior a las 28 semanas de nacido el niño, es la pediatría la encargada de llevar el seguimiento longitudinal de éste.

En el área nutricional ya que el crecimiento y desarrollo del niño dependen ampliamente del estado de nutrición con el que crece ese nuevo ser humano, y que debe iniciarse desde una nutrición materna de calidad, desde el nacimiento, a través de la lactancia materna exclusiva en los primeros meses, hasta la inclusión de todos los alimentos que proporcionen al niño los nutrientes necesarios.

En la Salud Pública por la importancia que tiene la educación de la madre para el cuidado y mantenimiento de su salud, antes, durante, y después del embarazo, y sobre los cuidados que debe tener hacia su hijo, que le permitan encaminarlo hacia un crecimiento y desarrollo de un niño sano.

Se ubica en la psicología, ya que la perspectiva psicológica estudia la forma en que los estados psíquicos de la persona y los rasgos de su personalidad influyen en su respuesta a la salud y a la enfermedad. Este componente emocional se ha identificado a menudo como la causa o el desencadenante de una enfermedad y puede influir en la duración y evolución de la misma. En la apreciación cognoscitiva; la percepción, evaluación y reacción frente a los agentes productores de estrés y frente a los síntomas son distintas en cada persona.

Se ubica en la sociología ya que los factores que influyen en el concepto de salud comprenden las actitudes y acciones de cada persona hacia los demás. Las actitudes que influyen en la salud son el cambio, la cooperación y la colaboración, el valor social de la salud en contraste con otros valores sociales, la visión de la "humanidad" como esencialmente buena o mala y la naturaleza del hombre. También debido a que los patrones culturales y sociales que posee la madre, dependerá el logro de una lactancia exitosa, en beneficio de su hijo, de la familia y de la misma sociedad.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. General

- Identificar los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis.

1.5.2. Específicos

- Detectar el grado de conocimiento de la lactancia materna en las mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis Sinaloa.
- Especificar la información y orientación proporcionada por el personal de enfermería a las pacientes desde el control prenatal hasta el término de su embarazo acerca de la lactancia materna del Hospital General Los Mochis.

1.6. DETERMINACION DE LA ESTRATEGIA DE LA INVESTIGACION

1.6.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación que se realizó es Diagnóstica, transversal, descriptiva, analítica.

Es diagnóstica porque se pretende establecer un diagnóstico situacional de las variables "abandono de la lactancia materna" y los factores que determinan esta conducta.

Es transversal porque esta investigación se hará en un periodo corto de tiempo es decir, durante los meses de Enero a Junio del 2000.

Es descriptiva porque se estudiará y describirá el fenómeno que producen las variables sin establecer comparaciones en las mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General de los Mochis.

Es analítica porque para medir las variables “abandono de la lactancia materna” y los factores que determinan esta conducta, se le ha descompuesto en sus indicadores básicos para poder estudiarlos.

1.6.2. Diseño de la investigación

El diseño que se utilizó para la realización de ésta tesis fue de carácter no experimental, debido a que las variables no fueron manipuladas sino que las variables ya habían sucedido, al igual que sus efectos. Es decir que la variable ya había ocurrido.

1.6.3. Cronograma de trabajo.

Actividades	TIEMPO AÑO 2000											
	JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPT.		OCTUB.		NOVIE.	
Semanas	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4
Diseño	X	X										
Marco Teórico			X	X								
Metodología			X	X								
Instrumentación					X	X						
Análisis Estadístico							X	X				
Resultados									X	X		
Informe final											X	X

1.7. HIPÓTESIS

1.7.1. General

H1: La incorporación a fuentes de trabajo, desconocimiento de información, y situaciones socioeconómicas, son factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en las mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General de Los Mochis, Sinaloa.

1.7.2. De Trabajo

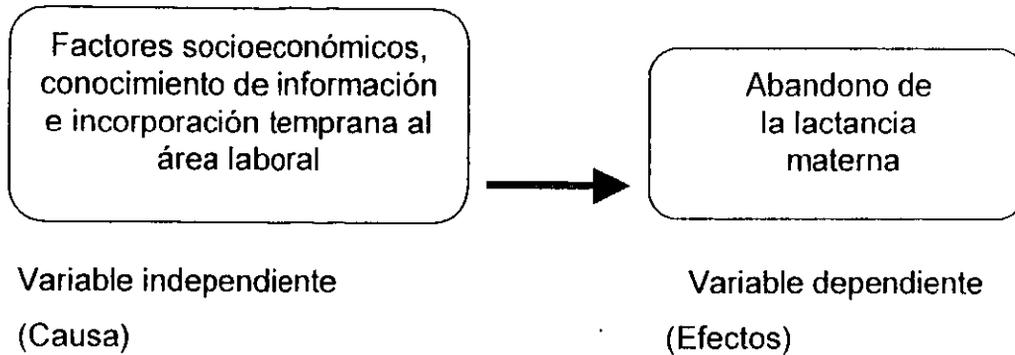
H2: A mayor conocimiento de información, modificación de factores socioeconómicas e incorporación tardía al área laboral, menor será el abandono de la lactancia materna por mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis, Sinaloa.

1.7.3. Nula

H0: No existe relación entre la incorporación temprana a laborar, desconocimiento de información, y situaciones socioeconómicas, en el abandono de la lactancia materna en las mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General de Los Mochis, Sinaloa.

1.8. VARIABLES E INDICADORES

1.8.1. Modelo de relación causal de las variables.



1.8.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Abandono de la Lactancia Materna

El abandono de la Lactancia Materna es cualitativa, nominal y multitómica: Es cualitativa por sus características o propiedades, nominal pues sus características se definen a través de la palabra y es multitómica pues a sus características se le determinan varios valores.

INDICADORES: Rechazo del recién nacido, por enfermedad, por el trabajo.

1.8.3. VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores socioeconómicos, desconocimiento de información, incorporación temprana laboral.

INDICADORES: empleo, escolaridad, tipo de vivienda, prestaciones sociales, ingreso familiar, estado civil, estado nutricional, aspectos psicológicos.

1.9. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES.

1.9.1. CONCEPTUALES:

1.9.1.1. ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA: Desistir de alimentar al recién nacido y lactante a través del seno materno.⁷

1.9.1.2. LACTANCIA MATERNA: Se define como la alimentación del lactante al seno de la madre.⁸ Proceso mediante el cual la naturaleza provee el alimento óptimo para el bebé recién nacido.⁹

1.9.1.3. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: Alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones,¹⁰ durante no más de 6 meses.¹¹

1.9.1.4. RECIEN NACIDO: Se aplica al producto de la concepción proveniente de un embarazo de 20 o más semanas, desde su nacimiento hasta que cumple 28 días de edad.¹²

1.9.1.5. RECHAZO DEL RECIEN NACIDO: No aceptación del recién nacido para alimentarse al seno materno exclusivo.¹³

1.9.1.6. ABANDONO POR ENFERMEDAD: Dejar de alimentar a su hijo al seno materno exclusivo por alteraciones de la salud.¹⁴

⁷ Gran Diccionario enciclopédico visual, México 1994.

⁸ Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Diario Oficial de la federación del 14 de julio de 1994. Secretaría de Salud p.21.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Ibidem

¹¹ cravioto

¹² Instituto nacional de perinatología. "Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología", México 1998.

¹³ Gran diccionario enciclopédico visual. Op. Cit. P,836.

¹⁴ Gran diccionario enciclopédico visual. Op.Cit. p,469.

1.9.1.7. **ABANDONO POR EL TRABAJO:** Abandonar la alimentación del recién nacido al seno materno para incorporarse la madre a la actividad productiva¹⁵.

1.9.2. OPERACIONALES:

1.9.2.1. **ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA:** Cuando la madre no alimenta a su hijo al seno materno exclusivo, alimentándolo con sucedáneos de la leche antes de los 6 meses de edad.

1.9.2.2. **LACTANCIA MATERNA:** Es el período de la vida en que el ser humano se alimenta fundamentalmente de leche materna.

1.9.2.3. **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:** Es la alimentación del niño con leche materna, sin agregar otro tipo de líquidos o sólidos.

1.9.2.4. **RECIEN NACIDO:** Producto del embarazo de más de 20 semanas de gestación hasta los 28 días de su nacimiento.

1.9.2.5. **RECHAZO DEL RECIEN NACIDO:** Falta de aceptación del recién nacido para alimentarse a través del seno materno.

1.9.2.6. **ABANDONO POR ENFERMEDAD:** Suspender la alimentación al seno materno por pérdida de la salud de la madre.

1.9.2.7. **ABANDONO POR EL TRABAJO:** Dejar de alimentar al recién nacido al seno materno para iniciar sus actividades productivas.

¹⁵ Gran diccionario enciclopédico visual. Op.Cit. p,469.

1.10. METODO DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

1.10.1. UNIVERSO:

1216 mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General de Los Mochis durante el período comprendido de Enero a Junio del año 2000.

1.10.2. POBLACION:

802 mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General de Los Mochis, del área urbana y rural.

1.10.3. MUESTRA:

La muestra la constituyen 190 madres atendidas de parto eutócico en el Hospital General de Los Mochis Sin. Que viven en la zona urbana, y domicilio conocido de las colonias aledañas a la ciudad, considerando que es el 23.6% del total de la población.

1.11. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

1.11.1. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Todas las madres atendidas de parto eutócico en el Hospital General de Los Mochis Sinaloa.
- Todas las madres de la zona urbana y colonias aledañas a la ciudad.
- En el período comprendido de enero a junio del año 2000.

1.11.2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Todas las madres atendidas de parto distócico.
- Todas las madres del área rural conociéndose como ejidos.
- Todas las mujeres atendidas de cesárea.
- Todas las mujeres atendidas fuera del período de estudio.

1.12. RECURSOS:

1.12.1. RECURSOS HUMANOS:

- Cuatro pasantes de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Martha Beatriz Aranda Esquivel

María Altagracia Guerrero Martínez

María Dolores Hayashi Rojas

Martha Guadalupe Perales Gaxiola

- Un asesor de UNAM-ENEO:
Lic. Ma. De los Angeles García Albarrán
- Una Secretaria.
- Cuatro pasantes de enfermería

1.12.2. RECURSOS MATERIALES:

- 1000 Hojas blancas
- 4 Lapiceros, 5 cartuchos de puntillas, 8 bicolor y 2 bolígrafos.
- 4 Libretas de 100 hojas.
- 100 Tarjetas
- 1 Computadora con impresora.
- 2 Discos flexibles para computadora
- 4 Cartuchos de tinta negro y a color para impresora.
- 15 Engargolados
- 1000 Copias
- Libros de texto para consulta. Los necesarios.

1.12.3. RECURSOS FINANCIEROS:

- La elaboración de la investigación para la presente tesis, contó con los recursos económicos de las pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia con un costo total aproximado de \$36,250.00 (treinta y seis mil doscientos cincuenta pesos m.n.)
- \$ 80.00 de hojas blancas.
- \$ 90.00 de lapiceros, puntillas y bolígrafos.
- \$ 50.00 libretas.
- \$ 10.00 de tarjetas.
- \$ 3,000.00 trabajos de computadora e impresora.
- \$ 20.00 de discos flexibles para computadora.
- \$ 1,600.00 de cartuchos de tinta negra y a color para impresora.
- \$ 1,700.00 de engargolados.
- \$ 1,200.00 de copias.
- \$ 4,000.00 para pagos de pasantes de enfermería para la aplicación del instrumento de trabajo.
- \$ 12,000.00 gastos de pasaje para trámite de registro de tesis.
- \$ 12,000.00 gastos de examen profesional.

1.13 CUESTIONARIO ACERCA DEL PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario se lleva a cabo para realizar un trabajo académico por lo que le solicitamos su colaboración en el llenado del mismo.

Nombre (No. Exp.) _____ Edad _____

Edo. Civil _____ Escolaridad _____

Ocupación _____ Turno _____

Domicilio _____

Antecedentes Obstétricos.

1. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____

2. ¿Cuántos hijos ha tenido? _____

3. ¿Lleva algún método de planificación familiar?

Si () No ()

DIU ___ PASTILLAS ___ INYECCIONES ___ RITMO ___ SALPINGO ___

4. ¿Llevó control prenatal?

Si () ¿En donde? _____ No ()

5. ¿Alimenta a su hijo al seno maternos exclusivo?

Si () No ()

¿Porqué? _____

6. ¿Recibió usted orientación en el Hospital sobre la lactancia materna?.

Si () No ()

7. ¿En que servicio recibió la orientación?

Control prenatal ()

Valoración ()

Tococirugía ()

Recuperación ()

Hospitalización ()

8. ¿Conoce usted la ventaja de la lactancia materna?
 Si () No ()

9. ¿Considera que la orientación que le dieron sobre lactancia materna en el Hospital fue:

Buena () Regular () Mala ()

10. Tipo de vivienda.

Concreto () Madera () Cartón () Otros ()

11. Su casa es:

Propia () Rentada () Prestada ()

12. ¿ En cuantas ocasiones a la semana consume los siguientes alimentos?

ALIMEN TOS	Leche	Carne	Huevo	Pollo	Verduras	Frutas	Cereales			
1 – 2										
3 – 4										
5 – 6										
7 – 8										
DIARIO										

5+ Buena ()

3 – 4 Regular ()

0 – 2 Deficiente ()

13. ¿Trabaja usted? Si () No ()

14. En caso de que usted trabaje; ¿cuál es su salario mensual?

15. ¿Qué tipo de contratación tiene?

Base () Eventual ()

16. ¿A cuanto asciende su ingreso mensual familiar?

17. ¿Se le facilitan los trámites para que ingrese el niño a la guardería?
Si () No ()

18. ¿Cuenta con atención médica por parte de su centro de trabajo?
Si () No ()

19. ¿En qué Institución se le proporciona la atención médica?
IMSS () ISSSTE () Privada () SSA ()

1.14 RECOLECCION DE DATOS

Primeramente se revisó el material bibliográfico con que cuenta la biblioteca del Hospital general de Los Mochis para la fundamentación del tema.

Posteriormente consultamos los archivos del servicio de tococirugía para obtener datos sobre las mujeres atendidas de parto eutócico en el período comprendido de enero a junio del año 2000.

Después se realizaron visitas al archivo general para obtener información necesaria para la realización de las visitas domiciliarias; se utilizaron métodos de inclusión y exclusión en las que incluimos mujeres atendidas de parto eutócico del área urbana, considerando a las colonias aledañas a la ciudad y conocidas y excluimos a las mujeres atendidas de cesárea del área urbana y rural y todas las que estuvieron fuera del período de estudio.

Los datos fueron recabados con una cédula especialmente diseñada para los fines de la investigación, realizándose la contratación de 4 pasantes de enfermería para la aplicación de la cédula siendo validada por el asesor.

Posteriormente nos dirigimos a los domicilios para la aplicación de la misma la cual contiene los siguientes datos:

Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, turno en que laboran, número de embarazos, utilización y tipo de métodos de planificación familiar, control prenatal, institución dónde llevó el control, práctica de lactancia materna, motivo de abandono, orientación sobre la lactancia y servicio dónde la recibieron, conocimiento de las ventajas, vivienda, balance nutricional, ingreso mensual familiar, tipo de contratación, uso de guarderías, atención médica e institución dónde la recibe.

Finalmente se vaciaron los datos de las cédulas para poder ser analizados y se tabularon con el método de paloteo, también se utilizó una escala de medición, en la que los indicadores recibieron un valor que determinó el grupo investigador.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL

2.1. LACTANCIA MATERNA Y SUPERVIVENCIA INFANTIL.

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 esta es un indicador muy importante que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), 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. Las tasas de mortalidad infantil varían de país a país. En general, las naciones pobres tienen otras 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.¹⁶

La alimentación al pecho es uno de los procesos fundamentales de la vida, tan fundamental como es el nacimiento, la sexualidad y la muerte.¹⁷

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

¹⁶ OPS, OMS.

¹⁷ MONDRAGON, Hector, "Obstetricia básica ilustrada" Ed. Trillas, México pp 17-18

El mecanismo de producción de la leche, es bastante complejo. Son básicamente dos las hormonas responsables : la prolactina, responsable de la producción y la oxitocina, responsable de la salida de la leche al exterior.

Tras el parto, se desencadena la producción y circulación de las hormonas relacionadas con la lactancia; a todo el proceso ayuda la succión del bebé y el contacto con él.

Dar de mamar es beneficioso para el niño y para su madre y es la forma más natural del mundo.

2.2. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA MAMA.

2.2.1. Glándula Mamaria

Alvéolos: Son los grupos de células dónde se produce la leche.

Lobulillos: Se encuentran en grupos de 10 a 100 alvéolos, en torno a un conducto. Se encuentran revestidos de una capa de células mioepiteliales encargadas de expulsar la leche.

Pezón: es el extremo de la mama. Contiene una gran inervación responsable de los reflejos de la lactación y de la forma que adquiere durante la alimentación. Contiene entre 15 y 20 conductos con pequeñas fibras musculares encargadas de cerrar los conductos secretores.

Areola: Superficie circular que rodea al pezón, de coloración más oscura que el resto de la mama. También tiene una gran inervación.

Contiene glándulas sebáceas encargadas de proteger con sustancias antimicrobianas y lubricantes. Estas glándulas son unas pequeñas salientes llamadas tubérculos morgagni que durante el

embarazo aumentan de tamaño denominándose glándulas de Montgomery.

Lóbulos: Es la agrupación de 20 a 25 lobulillos que desembocan en el sistema colector que termina en el pezón¹⁸.

Sistema Colector: La leche desemboca en los conductos galactóforos que al llegar a la base del pezón forman los senos lactíferos o galactóforos. Estos senos son dilataciones que sirven como depósitos de la leche en el amamantamiento, existen de 15 a 25 senos.

Glándula mamaria: Se fija a tejidos profundos mediante los ligamentos de Cooper y la fascia profunda.

2.2.2. Fisiología de la mama.

Mamogénesis: es la serie de cambios estructurales que ocurren en las glándulas mamarias desde el nacimiento hasta la senectud.

Embarazo: A las pocas semanas de embarazo se agrandan y se hacen más firmes. Las glándulas de la areola aumentan de tamaño y la piel se oscurece, los pezones crecen. Prolifera importantemente el epitelio alveolar y al final de la gestación los alvéolos tienen en su interior una sustancia llamada calostro. El crecimiento en esta etapa es producido por el calostro y aumento en la vascularización. Los cambios se deben a los estrógenos, progesterona y prolactina. No todos los acinos de un lobulillo tienen el mismo grado de dilatación y secreción por lo que esto garantiza la producción ininterrumpida de la leche.

¹⁸ MONDRAGÓN Hector, Op Cit. p 19

Lactogénesis: Con este término se denomina al inicio de la producción de leche. Para que se realice con éxito es necesario la mamogénesis, y la interacción de varias hormonas, en donde la prolactina desempeña un papel primordial. Durante el tercer trimestre del embarazo los niveles plasmáticos de prolactina están muy elevados, pero su acción lactogénica permanece bloqueada por los altos niveles de esteroides placentarios, especialmente progesterona. Con la expulsión de la placenta descenden estas hormonas permitiendo la acción de la prolactina lo que aunado al estímulo del pezón por el recién nacido, conducirá al aumento de prolactina y por consiguiente a la síntesis y producción láctea, esta secreción láctea copiosa se alcanza 3 0 4 días después del parto.

Galactopoyesis: Es el mantenimiento de la producción de leche por la interacción de la prolactina y de la oxitocina. Para que se sostenga la secreción láctea y se mantenga a niveles elevados de prolactina es indispensable el vaciamiento adecuado y frecuente de la mama. Para ello la madre debe amamantar a su hijo por lo menos 8 veces en 24 horas en los primeros meses.

La introducción de alimentos complementarios disminuye la frecuencia de las tetadas, su desviación y por lo consiguiente el nivel de prolactina plasmática.¹⁹

Según el autor la lactogénesis, inicio de la secreción copiosa de la leche en el momento del parto o cerca de el se acompaña de cambios en la estructura y función de las células secretorias mamarias. Hay un crecimiento rápido del retículo endoplasmático y el aparato de Golgi. Aumenta la relación

¹⁹ OPS, UNICEF.

RNA-DNA, índice de potencial celular de síntesis de proteínas, al igual que la actividad de muchas enzimas²⁰.

2.2.3. Fisiología de la lactancia.

La primera leche: Hacia el final del embarazo, las células alveolares secretan un líquido amarillo llamado calostro. El calostro consiste parcialmente de secreciones líquidas y de células alveolares enteras.

Durante el embarazo, las hormonas secretadas por el ovario y la placenta inhiben la producción de leche. Inmediatamente después del nacimiento, estas hormonas "inhibitorias" disminuyen rápidamente lo que junto con el estímulo que da el recién nacido al mamar, inician la producción de leche madura.

La producción completa de leche se alcanza entre los dos a los doce días y a veces se necesita más tiempo. También durante los primeros días hay más sangre y más fluido tisular en los tejidos de sostén. La congestión es mucho menos común cuando los bebés maman por libre demanda. La alimentación al pecho funciona por varios reflejos, unos por parte de la madre y otros del niño. Estos reflejos son los siguientes:

En la madre:

- Reflejo de la placenta.
- Reflejo de erección del pezón.
- Reflejo de la oxitocina.

En el bebé

- Reflejo de búsqueda.
- Reflejo de succión.
- Reflejo de Deglución.²¹

²⁰ FRIEZNER, ARLINE BEVERLY RAFT, "Cuidados de enfermería durante el puerperio en Enfermería Materno Infantil. Edit. El Manual Moderno, México 1984 p, 227-239. Obstetricia I Antología p. 669

²¹ HELSING, Elisabet, SAVAGE Felicity, "Gula Práctica para una buena lactancia. Edit. Pax México 1983, p 41,42.

2.3. SÍNTESIS Y SECRECIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA LECHE.

Proteínas.

Las proteínas epiteliales secretorias mamarias tienen un retículo endoplasmático rugoso bien desarrollado, en donde se sintetizan las principales proteínas de la leche antes de pasar a las cavidades de dicho retículo. Se transportan hacia el aparato de Golgi y ahí son condensadas en gránulos secretorios microscópicos que se dirigen dentro de vesículas de Golgi delatadas hacia el vértice celular. Estas vesículas vierten su contenido hacia la luz por exocitosis.

La inmunoglobulina láctea es IgA secretoria. Los linfocitos que secretan se incorporan al epitelio mamario alveolar y algunos pasan directamente al calostro y la leche secretados.

Lactosa.

La alfa-lactalbúmina es una de las principales proteínas de la leche, pero también sirve como "proteína especificadora" que permite a la galactosiltransferasa utilizar glucosa como sustrato para la síntesis de la lactosa, que se acumula en las vesículas del aparato de Golgi que se llenan de agua por el efecto osmótico de la acumulación de la lactosa y proteínas. La fusión de éstas vesículas en la membrana apical de la célula permite que se expulse su contenido hacia la luz alveolar.

Grasa.

Se cree que los lípidos de la leche se sintetizan principalmente en el retículo endoplasmático rugoso de la célula secretoria.

Los ácidos grasos de cadena larga de la leche humana provienen del plasma, es decir de los ácidos grasos libres o de los triglicéridos circulantes que se encuentran en la lipoproteínas.

Sodio Potasio:

La leche madura tiene concentraciones relativamente altas de potasio y bajas de sodio, lo que indica que estos iones tal vez provengan de líquido intracelular. Las concentraciones intracelulares elevadas de potasio y bajas de sodio que está íntimamente relacionada la enzima $\text{Na}^+\text{-K}^+$ ATP pasa activada, que solo se encuentra en la membrana basal y lateral y falta en la superficie apical de la célula.

Agua:

Más del 80% del peso de la leche es agua y su tonicidad es igual a la del plasma. El agua es llevada al interior de las vesículas del aparato de Golgi junto con la lactosa sintetizada. Su paso al citoplasma de las células²² secretorias a la luz alveolar depende principalmente del efecto osmótico de la lactosa y de $\text{k}^+\text{-Na}^+$ y Cl^- ; la suma de las concentraciones de estos 3 iones se relacionan inversamente con la de la lactosa.

Otros contribuyentes:

La leche contiene algunas vitaminas como B1, B2 y C, en concentraciones más elevadas que las del plasma, indicando así la existencia de mecanismo de transporte activo.²³

2.4. RESPUESTA INMUNOLÓGICA

El origen de las propiedades protectoras de la leche contra un gran número de procesos infecciosos y parasitarios así como de cuadros alérgicos.

²² PERNOL, Martín, "Diagnóstico y tratamiento gineco obstétrico" Ed. Manual Moderno México 1993 p 1359

²³ LEWIS T.L.J. y CHAMBERLAN G.V.P. "Obstetricia" Ed. Manual Moderno, México 1994 p 286

Las propiedades protectoras de la leche "humana" puede deberse a la presencia de factores humorales o celulares.

2.4.1. Factores humorales:

- Inmunoglobulinas. Todas las inmunoglobulinas (Ig's) se encuentran presentes en la leche humana. Su concentración es mayor en el calostro.

La Ig más importante es la IgA secretora.

Se ha demostrado que la IgA secretora proporciona protección local intestinal en contra de virus como poliovirus y bacterias del tipo de E. Coli y V. Cholerae.

La IgG e IgM se encuentran en concentraciones menores y proporcionan protección contra bacterias y virus, por ejemplo "Citomegalovirus, Sincicial respiratorio y Rubeola.

La leche materna también estimula la producción de IgA secretora del niño. Se ha determinado que parte de la Inmunidad específica contra ciertas bacterias dependerá de la exposición materna a los microorganismos de la región. Por ejemplo, las mujeres que viven en zonas endémicas de cólera, pasan a sus hijos anticuerpos contra ésta, a través de su leche.

- Factor bifido. Es un carbohidrato presente en el calostro y leche madura que promueve la colonización intestinal de Lactobacillus en presencia de lactosa.

Esto produce un pH intestinal bajo, que inhibe la colonización de bacterias

Gram negativas y Hongos.

El niño prematuro disminuye la incidencia de septicemia, enterocolitis necrosante entre otras infecciones.

- Lisozima. Es una enzima que actúa como bacteriostático en bacterias Gram positivas y Enterobactereáceas.
- Lactoferrina. Es una proteína unida al hierro que tiene un efecto bacteriostático importante en contra de estafilococos, E. Coli y Cándida albicans, mediante privación del hierro que requieren para su crecimiento²⁴.
- Complemento. Es una proteína cuyos componentes C3 y C4 están presentes en el calostro. Tiene un papel importante en la lisis bacteriana uniéndose a anticuerpos específicos.
- Proteína unida a vitamina B 12.

Esta proteína tiene predilección para unirse a la vitamina B12. De esta forma impide su disponibilidad para el crecimiento de E. Coli y bacteroides.

- Gangliósidos.

Son glucolípidos que inhiben las toxinas de E. Coli y V. Cholerae. Los gangliósidos de la leche humana pueden ser una protección importante en contra de agentes productores de endotoxinas.

En resumen, la inmunidad humoral impide la aplicación de bacterias patógenas y disminuye la cantidad de éstas. Al disminuir el número de bacterias se permite que los anticuerpos actúen mejor, previniendo la absorción de las bacterias y su paso a la circulación.

²⁴ LEWIS T.L.J. y CHAMBERLAN G.V.P. Op. Cit. p285

2.4.2. Factores celulares.

Además de los factores humorales, se encuentran una variedad de células con acción protectora. Entre éstas, las más importantes son: macrófagos, polimorfonucleares y linfocitos T.

- **Macrófagos.** Actúan principalmente fagocitando hongos y bacterias. Son productoras de C3 y C4, lisozima y lactoferrina. Participan en la síntesis y excreción de lactoperidasa y de factores que actúan favoreciendo el desarrollo del epitelio del intestino delgado y la acción de sus enzimas.
- **Polimorfonucleares.** Se encuentran en gran cantidad en el calostro, disminuyendo paulatinamente hasta las seis semanas. En la leche madura, se encuentran en menor cantidad. se sugiere que su acción protectora, se ejerza principalmente sobre la piel de la mama, especialmente las primeras semanas, cuando ésta es mas susceptible.
- **Linfocitos T.** La información actual apoya el concepto de que los linfocitos presentes en el calostro y en la leche madura, proporciona beneficios inmunológicos.

2.4.3. Propiedades antialérgicas de la leche humana.

Se ha demostrado que la alimentación exclusiva al seno materno durante los primeros seis meses, ofrece protección contra algunas atópias, en especial el eczema.

- En los últimos años se ha observado un incremento en la frecuencia de esta patología, principalmente por la aparición de fórmulas lácteas comerciales y la eliminación de la alimentación al seno materno en algunos países industrializados.
- Por otro lado existe predisposición genética, en hijos de padres con antecedentes de atopia.

- No obstante lo anterior, se ha demostrado que la alimentación al seno materno de este grupo de niños disminuye la frecuencia de aparición de eczema.
- El contenido de IgA's en la leche humana se sugiere como el factor responsable de la protección contra las proteínas contenidas en la leche de vaca, previniendo la sensibilización del niño.
- Por otro lado la Iga previene la absorción de macromoléculas extrañas.
- La proteína de la leche materna al ser específica de especie, no es alergénica.²⁵

2.5. CARACTERÍSTICAS DE LA LECHE MATERNA.

Los ingredientes de la leche humana influyen en el crecimiento y desarrollo del niño. La leche humana se adaptó a las necesidades del desarrollo lento del niño, en comparación con otros mamíferos. Motivo por el cual contiene altos niveles de carbohidratos. La leche humana es un fluido biológico muy completo que contiene carbohidratos, lípidos, proteínas (incluidas inmunoglobulinas) calcio, fósforo, vitaminas, elementos traza, factores de crecimiento de la leche humana el alimento completo para el niño.

Las variaciones normales de la composición de la leche humana dependen de diversos factores como son la etapa de la lactancia, la hora del día, el momento de la tetada (inicio y fin), el estado nutricional de la madre y las variaciones individuales.

Al analizar la composición de la leche humana se deben distinguir las características del pre-calostro, calostro, la leche de transición, leche madura y la leche de pretérmino

²⁵ OPS.UNICEF. P.82,83

2.5.1. PRECALOSTRO.

Desde el tercer mes de la gestación, la glándula mamaria produce una sustancia denominada precalostro, formada por un exudado del plasma, celular, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.

2.5.2. CALOSTRO.

Es un líquido amarillento por la presencia de beta-caroteno. Tiene una gravedad específica alta (1040-1060) que lo hace espeso. Aumenta su volumen en forma progresiva a 100 ml al día, en el transcurso de los primeros tres días y está en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión. Esta cantidad es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

El calostro tiene alta densidad en poco volumen, menos lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles, comparada con la leche madura, más proteínas, vitaminas liposolubles, sodio, zinc e inmunoglobulina.

2.5.3. LECHE DE TRANSICION.

Se produce entre el cuarto y el décimo día post-parto en relación al calostro esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasa, calorías y vitaminas hidrosolubles y con una disminución en las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Estos cambios ocurren bruscamente y continúan hasta estabilizarse alrededor de los 14 días con un volumen estable de 600 a 750 ml al día.

2.5.4. LECHE MADURA.

Se produce a partir del décimo día con un volumen promedio diario de 700 a 800 ml. Sus principales componentes son:

Agua.

Es su mayor componente, representa aproximadamente el 90% y depende del porcentaje de la glucosa como precursor de la lactosa. Si la mujer lactante disminuye su ingesta, el organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción.

Carbohidratos.

Representa el 7.3% del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa, con un valor osmótico fundamental en la secreción de agua.

Además existen más de 50 oligosacáridos que constituyen el 1.2 % de la leche, entre los que se encuentran: glucosa, galactosa y otros.

Lípidos.

Varía del 2.1 a 3.33% de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones en su concentración durante toda la lactancia. Las variaciones se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche y según la dieta de la madre.

El mayor componente son los triglicéridos. También contiene fosfolípidos y colesterol. Recientes estudios han demostrado la presencia de dos ácidos grasos polinsaturados, el ácido linoleico y el ácido araquidónico, con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central.

Proteínas.

Constituye el 0.9% de la leche. El mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y proteínas del suero (60%) lactoalbúmina, lactoferrina y lisozima.

Como parte del Nitrógeno No Proteico se encuentran los aminoácidos libres, entre ellos la taurina, que el recién nacido no es capaz de sintetizar, siendo necesaria para conjugar los ácidos biliares, además funciona como neurotransmisor.

También se encuentran presentes inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM.

- La principal es la IgA: su función consiste en proteger las mucosas del recién nacido, y es producida por el denominado ciclo enteromamario.
- Una progenie de linfocitos específicamente sensibilizados que originan en el tejido linfático adyacente al tubo digestivo migran a la glándula mamaria, aportando a la leche células inmunológicamente activas que secretan IgA e IgA secretoria.
La lactoalbúmina que tiene alto valor biológico para el niño.
La lactoferrina contribuye a la absorción de hierro en el intestino del niño, además de tener una acción bacteriostática.
Existen, asimismo, otras proteínas en concentraciones bajas, tales como enzimas, moduladores del crecimiento, y hormonas.

Lisozimas

Son factores antimicrobianos no específicos, con acción bactericida contra enterobacterias y bacterias gram positivas.

Vitaminas.

La leche humana contiene todas las vitaminas. Existen variaciones en los hidrosolubles, dependiendo de la dieta de la madre.

Minerales y elementos traza.

Las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante.

2.5.5. LECHE DE PREMATURO.

Las madres de prematuros producen durante los primeros meses, leche con un contenido mayor de sodio y proteínas, menor de lactosa e igual de calorías que la leche madura, respondiendo de esta forma, a las necesidades especiales del prematuro.

La lactoferrina y la IgA son más abundantes en ella. La leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo de un recién nacido, menor de 1.5 Kg, y ocasionalmente de proteína, por lo que estas sustancias deben ser suplementadas.²⁶

2.6. BENEFICIOS

Las ventajas de la lactancia materna son evidentes para el niño, la madre, la familia y la sociedad.

2.6.1. VENTAJAS PARA EL NIÑO:

Satisface todas las necesidades nutricionales del bebé:

La leche materna brinda al bebé todos los elementos nutritivos que necesita durante los primeros cuatro o seis meses de vida y combinada con otros alimentos apropiados, resulta una fuente nutritiva invaluable hasta después de los dos años. La leche materna contiene la proporción idónea de proteínas, grasas, azúcares, minerales y vitaminas para el desarrollo óptimo del bebé y que la ciencia aún no ha podido imitar.

²⁶ Op Cit UNICEF pag 88,89,90

La leche materna se adapta a las necesidades digestivas del bebé, evolucionando su composición en los primeros días en función de estas necesidades : calostro (leche que se produce los primeros días que es más rica en proteínas y ayuda a la expulsión de las primeras heces), leche de transición , de composición intermedia y leche definitiva que se mantendrá durante toda la lactancia.

La leche materna es más fácil y rápida de digerir, el tiempo de evacuación gástrica de la leche materna es de hora y media ; mientras que el de las fórmulas adaptadas basadas en leche de vaca es de tres horas.

La inimitable fórmula de la leche materna es exclusiva para cada niño, cambia de composición desde el principio de la toma hasta el final, siendo en este momento cinco veces más rica en grasa.

La leche materna siempre está a la temperatura adecuada y al no tener que manipular biberones ni tetinas evitamos riesgos posibles por una esterilización o manipulación incorrecta. Es decir, disminuye la exposición a los patógenos presentes en los alimentos, líquidos y utensilios contaminados.

Permite una absorción mejor de las vitaminas : la leche materna gracias a la lactoferina favorece la absorción de hierro y vitamina C contenida en la leche. En general, todas las vitaminas y minerales de la leche materna son absorbidos por el organismo del bebé de una forma completa, lo que no ocurre cuando las ingiere en otros alimentos o si le son administrados en preparados sintéticos²⁷.

Salud para el bebé :

²⁷ GUYTON, A. C. "Tratado de fisiología médica" Ed. Interamericana México 1986 p 985

Evita la obesidad futura y previene contra la diabetes. Los bebés alimentados a pecho tienen menos problemas de sobrepeso cuando llegan a la infancia, ya que no se les fuerza, sino que toman la cantidad que necesitan. También es la mejor prevención contra los excesos patológicos de glucosa. La leche de vaca tomada antes de los tres meses de vida, aunque sea maternizada, podría ser un factor de riesgo en el desarrollo de la diabetes insulino dependiente.

Proporciona la primera inmunización del bebé : el calostro contiene anticuerpos generados por la madre que pasan al bebé , a través de la leche, y lo protegen. El recién nacido tiene una respuesta de anticuerpos inmadura hasta los seis meses ; sin la protección de los anticuerpos el bebé es vulnerable.

Según estudios se ha demostrado que los bebés amamantados sufren menos infecciones respiratorias que los bebés alimentados con leche artificial.

Evita las diarreas y la deshidratación : gracias a las gammaglobulinas contenidas en la leche materna se impide el desarrollo de infecciones intestinales, causantes de diarreas graves en el bebé y con ello la deshidratación.

Previene las alergias : hay bebés que son alérgicos a la leche de vaca o a ciertos componentes de la leche de fórmula. Por otro lado, la leche materna contiene anticuerpos que impiden la ingestión de proteínas alérgicas.

Cuida la piel del bebé porque contiene ácido linoleico, que ayuda a un buen mantenimiento de la ésta.

Protege los oídos : según un estudio las otitis medias se reducen en un 50% entre los bebés amamantados.

Asegura el desarrollo de una estructura maxilofacial adecuada. Al succionar del pecho, el bebé realiza un esfuerzo regular con la boca y la mandíbula, que no hace con el biberón. Los niños cuidados a pecho suelen tener menos problemas dentales y rara vez necesitan correcciones ortodóncicas .

Cuanto mayor sea la frecuencia de las tomas en las primeras 24 horas, menor aparición de ictericia (color amarillento de la piel por un exceso de bilirrubina) en el recién nacido.

Promueve la estimulación temprana y el desarrollo sensorial : un estudio norteamericano demostró que los escolares que habían sido alimentados con leche materna obtuvieron mejores resultados en ciertas pruebas de inteligencia. No se puede asegurar que los niños cuidados a pecho vayan a ser siempre más inteligentes, pero se ha comprobado que la leche humana contiene un aminoácido llamado "taurina" fundamental en el desarrollo del cerebro humano.

2.6.2. FAVORECE EL VINCULO AFECTIVO ENTRE LA MADRE Y EL NIÑO: ALOJAMIENTO CONJUNTO.

También llamado habitación conjunta consiste en brindar atención a la madre y al recién nacido de manera tal que se favorezca el contacto precoz y permanente de ambos, desde el momento del nacimiento y durante el tiempo que permanecen en la unidad con motivo del parto, para ello madre e hijo son alojados en una misma habitación, con objeto de fortalecer la relación afectiva entre ellos y de lograr que el niño inicie la alimentación al seno materno dentro de la alimentación al seno materno durante la primera hora después del nacimiento para continuarla a libre demanda; así mismo para brindar orientación práctica a la madre acerca de la alimentación y cuidados

del recién nacido, en lugar dar atención a cada uno en servicios o salas separadas.²⁸

2.6.3. VENTAJAS PARA LA MADRE:

Bienestar post-parto :

Ayuda a la madre en el alumbramiento : poner al niño al pecho nada más nacer libera la oxitocina y ésta intensifica las contracciones, que ayudan a expulsar con mayor facilidad y rapidez la placenta. Además, el amamantamiento precoz favorece la posterior producción de leche y reduce el riesgo de padecer hemorragias post-parto y anemias.

Previene las depresiones postrado : la oxitocina liberada cuando el bebé succiona su pecho, ejerce en la madre un efecto euforizante y tranquilizador, además de desencadenar la conducta de protección maternal.

Salud para la madre :

La lactancia materna reduce sustancialmente el riesgo de cáncer de mama y brinda protección contra el cáncer ovárico.

El amamantar al bebé mantiene en el cuerpo de la madre altos niveles de progesterona (hormona que impide la ovulación). Sin embargo, no es un anticonceptivo seguro, aunque el aumento de los intervalos entre nacimientos beneficia la salud de la madre y la salud y el desarrollo de los niños.

²⁸ KUMATE J. "Manual de Alojamiento Conjunto y lactancia Materna" Secretaria de Salud. México, 1991. p,3

Ayuda a recuperar la línea: el útero recupera el tamaño que tenía antes del embarazo con mayor facilidad y rapidez en las madres que amamantan, gracias a la acción de la oxitocina. Por otra parte, no es cierto que el amamantamiento estropee el busto, sino que incluso puede ayudar a recuperarlo. Si en algunas ocasiones los senos pierden su firmeza, es debido al embarazo y no debido a la lactancia. Además, disminuyen las grasas, ya que éstas se utilizan para la producción de leche²⁹.

Vínculo afectivo:

El contacto de la madre con su hijo que se produce durante la lactancia, le ayuda a aceptarle como es, contrastando las expectativas que tenía de él. Al mismo tiempo, darle amor, protección y cariño a su hijo.

2.6.4. VENTAJAS PARA LA FAMILIA:

Es el alimento más barato: la lactancia materna es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo sano de todos los niños y va acompañada de un incentivo más: es gratis. La lactancia materna no requiere ningún gasto suplementario para que la madre tenga una alimentación saludable, que precisará de igual forma aunque no dé pecho.

Los niños saludables causan menos gastos médicos.

Siempre está disponible cuando se necesita: a la hora de salir a cualquier lugar no es necesario ir cargado de biberones y otros productos, sólo basta con la madre, cuya leche siempre está lista cuando el bebé la necesita. Además la madre no tiene que perder el tiempo preparando el biberón.

²⁹ MONDRAGON, Hector, Op. Cit. p 254

Evita rigidez de horario: aunque la lactancia materna requiere una técnica, se trata de reglas mucho más sencillas e intuitivas que las que precisa la preparación y la administración de biberones (donde se pueden dar casos de sobrealimentación por emplear dosis incorrectas). La rigidez de horarios que implica la administración de biberones puede ocasionar estrés y desajustes entre la familia y el bebé.

Mejora la integración familiar: ya que el padre u otro miembro de la familia puede dar al leche materna al bebé, una vez que la madre se la haya extraído de forma manual o con un sacaleches y la recoja en un recipiente esterilizado. Esta leche se tapa rápidamente y se guarda en el frigorífico. La leche materna se conserva mejor que la artificial gracias al contenido en glóbulos blancos y defensas que destruyen los posibles microbios. Por eso, esta leche puede administrarse al bebé cuando la necesite, en las siguientes veinticuatro horas. Todo esto es aconsejable cuando la madre no disponga de todo el tiempo del día para dedicar al bebé por cuestiones laborales u otras.

2.6.5. VENTAJAS PARA LA SOCIEDAD:

Mejora la supervivencia infantil: En el mundo en desarrollo, los niños que no son amamantados corren un riesgo de muerte entre diez y quince veces mayor durante los tres y cuatro primeros meses de vida. Entre las poblaciones pobres del mundo industrializado, la morbilidad infantil va en aumento como resultado directo de la alimentación a biberón que es insuficiente, y a menudo, carece de esterilización. Lamentablemente, es entre los más pobres y menos desarrollados que hay más tendencia a la alimentación a biberón.

Permite conservar recursos naturales al evitar el uso de materiales para el almacenamiento y conserva de los sucedáneos de leche, como cartón y vidrio; así como de caucho utilizado para las tetinas.

Ahorro de recursos humanos y materiales ya que los hospitales no tienen que malgastarlos para alimentar a los bebés artificialmente y para combatir las enfermedades e infecciones que causa este método.

2.6.6. BUENA NUTRICION PARA LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO DENTRO DE LA LACTANCIA

Parece lógico que una mujer que produce leche consuma leche. Muchas mujeres, especialmente de países lecheros toman uno o dos vasos de leche al día, en la creencia de que la necesitan para producir la propia sin embargo para la mayoría de las mujeres esto no es posible ni necesario. El cuerpo de la mujer puede hacer leche a partir de cualquier alimento, siempre y cuando contenga los nutrientes mínimos necesarios. Una mujer puede comer frijoles y tortillas o sopa de pasta, lentejas, pan, papas, habas o arroz y transformarlos en leche de la más alta calidad.³⁰

La buena nutrición puede lograrse escogiendo alimentos que le gusten y que suministren los nutrientes que usted y su bebé necesitan.

- a) Alimentos por lo menos tres veces al día.
- b) bebidas cada vez que amamante a su bebé, tómese una bebida nutritiva, como leche, o jugo de frutas o verduras.
- c) Consuma en cada comida por lo menos:
una porción de productos lácteos mas dos porciones de cada uno de los siguientes grupos de alimentos.
 - Alimentos proteínicos
 - Panes, cereales, granos, frutas y verduras.³¹

³⁰ HELSING Elisabet, SAVAGE Felicity, Op. Cit. p. 110

³¹ WELLSTART "El programa de lactancia de San Diego" "manual de lactancia Materna, OPS, UNICEF, P.110

En términos generales se puede mencionar que se carece de evidencia suficiente para establecer las recomendaciones nutrimentales para la mujer que lacta; sin embargo se debe poner especial atención en el consumo de calcio, magnesio, zinc, hierro, folatos y vitamina B6 ya que en general estos nutrimentos se encuentran en cantidades por debajo de lo esperado. Cabe mencionar que, tal vez con excepción del calcio y del hierro, se desconocen las consecuencias fisiológicas de este bajo consumo.

Cuando una mujer que es capaz de producir 750 ml. Por día de leche se alimenta en forma inadecuada, a los 6 meses de lactancia habrá perdido aproximadamente 5 % de su calcio corporal ³²

2.7. NUTRICIÓN INFANTIL.

En condiciones normales lo único que necesita el niño hasta los 6 meses para alimentarse, crecer y desarrollarse en forma óptima, es la leche materna.

Tradicionalmente las recomendaciones de suplementos para niños amamantados son los siguientes:

Vitamina B12 para niños cuyas madres no ingieren productos de origen animal (vegetarianos estrictos) y no reciben suplementos de vitamina B-12.

Vitamina D. 200 a 300 unidades internacionales (UI) al día desde el nacimiento (si la exposición a la luz solar es inferior a dos horas a la semana).

³² INTERNET, OPS, UNICEF.

Vitamina K . 0.5 a 1.0 mg por inyección ó 1.0 a 2.0 mg por vía oral, inmediatamente después del nacimiento.

Fluoruro. 0.25 mg al día si el agua contiene menos de 0.3 partes por millón (ppm) de fluoruro.

La leche materna es una fuente de hierro suficiente durante los primeros seis meses de vida del lactante.

De lo anterior se desprende que:

- Se debe administrar de manera rutinaria, al nacimiento del recién nacido, vitamina K.
- Exponer al bebé al sol diariamente, durante un rato.
- Complementar con vitamina B-12 exclusivamente a vegetarianos estrictos.
- El agua de consumo en México aunque no se encuentra adicionada por flúor, se ha observado que no se requieren aportes extras durante el primer año de vida.

2.7.1. ABLACTACIÓN Y DESTETE

Ablactación: es la introducción de otros alimentos diferentes de la leche.

Destete: es el retiro absoluto de la alimentación al seno materno.

Aspectos fisiológicos necesarios para iniciar la ablactación.

- La capacidad de recibir alimentos se desarrolla en tres estadios en parte superpuestos:

- Un período que comprende al menos 4 meses durante los cuales el niño succiona.
- Un período de transición, entre los 4-8 meses, en el que el progreso del desarrollo neuromuscular permite deglutir sólidos pastosos.
- Período adulto modificado, entre los 6 y los 12 meses, en el que se pueden administrar alimentos sólidos picados, con escasas probabilidades de ahogamiento y broncoaspiración.

2.7.2. ASPECTOS ONTOGÉNICOS DE LA ALIMENTACIÓN.

- Se ha identificado reflejo de la deglución desde las 11 semanas de gestación. Se estima que los fetos de término degluten unos 450 ml de líquido amniótico diariamente.
- El reflejo de succión adecuado se presenta entre las 32 y 34 semanas de gestación.
- Las succión y la deglución son actividades finamente coordinadas y perfectamente establecidas a partir de los 4 a 6 meses de vida.
- Los lactantes no pueden soportar el peso de la cabeza durante las primeras 2 a 6 semanas de vida, lo que dificulta la introducción de objetos sólidos a la boca.
- La naturaleza ha provisto al niño con un mecanismo para evitar que trague alimentos que no puede digerir:
- Reflejo de extrusión. Con este reflejo se rechazan los alimentos sólidos o semi-sólidos. Es hasta los 4 a 6 meses de edad en que va desapareciendo, permitiendo que los alimentos puedan llevarse a la parte posterior de la boca y deglutirse.
- Desde el punto de vista enzimático, para la degradación de los polisacáridos tales como el almidón, es necesaria la amilasa

pancreática, la cual se encuentra en pequeñas cantidades o está ausente antes de los seis meses de vida.

- De la misma forma la concentración de lipasa pancreática y sales biliares, necesarias para la digestión de las grasas se encuentra disminuida. Sin embargo, la digestión de las grasas presentes en la leche humana se realiza sin ningún problema por la lipasa contenida en la leche humana materna, además de la lipasa lingual que produce el niño.
- Aunque la capacidad de digerir proteínas está bien desarrollada al nacer, debe evitarse la administración excesiva de proteínas, que llevaría a una alteración en el balance nitrogenado y acidosis metabólica subsecuente y, un incremento en la carga renal de solutos.
- Hacia los siete a nueve meses comienzan a aparecer movimientos rítmicos de masticación, a la vez que inicia la dentición. Por lo tanto, el período de seis a nueve meses es considerado como de transición entre la lactancia y la dieta sólida del adulto.

FISIOLOGICAMENTE, A LOS SEIS MESES DE EDAD, EL NIÑO ESTA COMPLETAMENTE DESARROLLADO PARA HACER USO BIOLÓGICO DE LOS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS A LA LECHE HUMANA.

2.7.3. RIESGOS DE LA ABLACTACIÓN TEMPRANA.

- El ofrecer alimentos diferentes a la leche humana, no solamente es innecesario (incluidos agua y té), sino que puede ser peligroso para la salud del niño.
- Esta práctica:

- Interrumpe el patrón alimentario desarrollado por la madre,
- Reduce la producción de leche materna.
- Aumenta el riesgo de infecciones, procesos alérgicos, y desnutrición.
- En el caso de la madre, aumenta el riesgo de un nuevo embarazo.

2.7.4. PAUTAS GENERALES PARA LLEVAR A ACABO LA ABLACTACIÓN Y EL DESTETE.

La introducción de alimentos deberá iniciarse forma de papillas.

Aunque existe mucha controversia para el tipo y la forma de llevar a cabo la ablactación, se recomiendan las siguientes pautas.

- Se deberá iniciar con jugo y papilla preparada usando los alimentos básicos de la familia (variarán de acuerdo a costumbres), a disponibilidad, costo, ubicación geográfica y costumbres), a base de tubérculos, verduras, vegetales y / o frutas.
- Algunos nutricionistas recomiendan ofrecer las frutas al final, por la posibilidad de una mejor aceptación del niño.
- Los jugos proporcionan sobre todo azúcares y son buena fuente de vitamina C, potasio y líquido. Deben ofrecerse en taza o cuchara.
- Los vegetales deberán cocinarse con poco agua, a fin de que se conserven las vitaminas.
- Es importante que la papilla tenga una consistencia adecuada, Generalmente cuando se enfría se hace más densa, pero si se añade una pequeña cantidad de aceite, mantequilla o margarina

se mantiene la consistencia suave y aumenta el contenido energético sin incrementar volumen.

- Se deberá administrar el inicio un solo alimento. El tiempo para la introducción de un nuevo alimento será a razón de uno nuevo por semana; de esta forma se puede detectar intolerancia.
- La combinación de alimentos sólo debe realizarse cuando se ha determinado que se toleran por separado.

2.7.5. FACTORES QUE DETERMINAN EL DESTETE.

- No hay necesidad de suspender la alimentación al seno materno, si el bebé desea continuar, aún después de los 2 años.
- La mayoría de los niños suspenden voluntariamente la alimentación al seno materno entre el año y los tres años. Esto es el destete natural. Si la madre decide suspender el amamantamiento deberá hacerlo poco a poco. Se le deberá explicar que si ella destete al niño súbitamente puede ocasionar problemas emocionales en el niño que originen que se niegue a comer otros alimentos, llegando inclusive a enfermar.

**LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA RECOMIENDA NO USAR LECHE DE VACA O FORMULAS CON POCO HIERRO ANTES DEL AÑO DE EDAD.
EL DESTETE SUBITO ES UNA CAUSA FRECUENTE DE DESNUTRICION.**

2.7.6. COMO REALIZAR EL DESTETE.

- aumentar el número de comidas (diferentes al seno) que el niño recibe
- Disminuir una de las mamadas diarias cada 1 a 2 semanas, durante 3 meses.

- Suspender por último el amamantamiento nocturno.
- Consentirlo y dedicarle- más tiempo, de manera que se sienta cercano a su madre de otras formas.³³

2.8. DIFERENCIAS CON LAS FÓRMULAS LÁCTEAS COMERCIALES

Los anuncios de “ sustitutos de la leche humana ” aducen con frecuencia que su formula es “ rica en proteína, vitaminas y minerales”. Esto va dirigido a convencer a las madres de que su propia leche de estos ingredientes. Por consiguiente es importante que los trabajadores de la salud les hagan ver a las madres que “ el pecho es verdaderamente lo mejor” advierta a las madres también sobre el sutil pero claro mensaje de la industria de alimentos infantiles de que su producto es igual o muy similar a la leche humana ninguna formula podrá jamás ser tan buena.

Vahiquist, al discutir la imposibilidad de producir una formula que sea una verdadera replica de la leche humana, dice obviamente los nuevos descubrimientos..... Han ampliado la brecha entre la leche humana y aun las más ambiciosas y sofisticadas formulas.

Indudablemente que la industria de formulas hará todo el esfuerzo posible para producir nuevas recetas que, por lo menos superficialmente, se acerquen a la leche humana. Pero los intentos de ponerle un puente a la brecha seguirán siendo fútiles ya que con lo que estamos tratando es con un sistema tan complejos y con sustancias tan específicas para la especie que ni siquiera las imitaciones más costosas pueden esperarse que alcancen el modelo ideal.

³³ OMS, UNICEF p.165,166,167,168.

TABLA
Proteína

Especie	Kilocalorías	Total de sólidos	Grasa	Caseína	Suero lácteo	Lactosa	Ceniza
Mujer	70/294	12.4	3.8	0.4	0.6	7.0	0.2
Burra	46/193	8.5	0.6	0.7	0.7	6.1	0.4
Yegua	47/197	11.2	1.9	1.3	1.2	6.2	0.5
Llama	65/273	16.2	2.4	6.2	1.1	6.0	0.8
Zebú		13.5	5.0	2.4	0.8	4.6	0.7
Vaca	70/294	12.7	3.7	2.8	0.6	4.8	0.7
Chiva	70/294	13.2	4.5	2.5	0.4	4.1	0.8

LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS Y LA MANERA DE PREPARARLOS

La elección de la leche que debe utilizarse depende de la disponibilidad, costo, peligro de contaminación de la leche durante su preparación y de sus cualidades de conservación. En seguida describimos las propiedades más importantes de la diferentes leches y productos lácteos, así como el método de prepararlos.

CANTIDAD POR RACIÓN, CONSIDERANDO QUE SE DARÁN 5 RACIONES AL DÍA

	<i>Peso del Niño(k.)</i>			
	3	4	5	6
Leche líquida ml.	70	100	150	180
Agua (ml)	20	20	0	0
Azúcar (g)	5	103	135	153
Kcal	64	103	135	153
Prot. (g)	2.1	3.0	4.5	5.4

♦ Leche entera en polvo

CANTIDAD POR RACIÓN, CONSIDERANDO QUE SE DARÁN 5 RACIONES AL DÍA

	<i>Peso Del niño (kg.)</i>			
	3	4	5	6
Leche entera en polvo (g)	12	15	20	20
Agua (ml)	90	120	150	180
Azúcar (g)	10	10	10	15
Kcal	98	112	136	156
Prot (g)	2.6	3.3	4.4	4.4

♦ Leche en polvo descremada

CANTIDAD POR RACIÓN, CONSIDERANDO QUE SE DARÁN 5 RACIONES AL DÍA.

	<i>Peso Del Niño (kg.)</i>			
	3	4	5	6
Leche en polvo descremada (g)	7	10	15	15
Agua (ml)	90	120	150	180
Aceite (ml)	5	10	10	10
Azúcar (g)	5	5	5	10
Kcal	90	120	138	182
Prot. (g)	2.5	3.6	5.4	5.4

♦ Leche entera evaporada y leche "complementada"

CANTIDAD POR RACIÓN, CONSIDERANDO QUE SE DARÁN 5 RACIONES AL DÍA.³⁴

	<i>Peso Del niño (kg.)</i>			
	3	4	5	6
Leche entera evaporada (ml)	30	40	75	90
Agua (ml)	60	80	75	90
Azúcar (g)	10	10	10	10
Kcal	81	95	142	162
Prot. (g)	2.1	2.8	5.3	7.0

2.9. CODIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de OMS/UNICEF tiene por objeto racionalizar el uso de sucedáneos de la leche materna, volcando el principal esfuerzo en la promoción de la lactancia natural, con el convencimiento de estar asegurando un futuro mejor para nuestros niños.

Cada año, 8.000 millones de dólares estadounidenses son gastados en leches de fórmula (artificiales) para bebés en todo el mundo. Esta industria de la alimentación de los primeros tiempos de la vida marchará sin tropiezos mientras existan niños que no sean amamantados. La promoción de la Lactancia Materna, por lo tanto, choca frontalmente con la promoción de los denominados "sucedáneos de la leche materna".

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) vienen insistiendo desde hace muchos años en la importancia de mantener la práctica de la lactancia natural - y de hacerla renacer donde tiende a desaparecer - como medio de mejorar la salud y la nutrición de lactantes y niños de corta edad.

Los esfuerzos para promover el amamantamiento y para superar los problemas que pueden contribuir a obstaculizarlo forman parte de los programas generales de nutrición y salud de la madre y el niño de ambas organizaciones y son un elemento clave de la atención primaria de salud como medio de lograr la salud para todos en el año 2000.

La frecuencia y la duración de la lactancia natural están sujetas a la influencia de diversos factores. En 1974, la 27ª Asamblea Mundial de la Salud advirtió el descenso general de la lactancia natural en muchas regiones del mundo, por influencia de factores socioculturales y de otra índole, entre ellos la promoción de sucedáneos manufacturados de la leche materna, e instó «a los Estados

Miembros a revisar las actividades de propaganda comercial de los alimentos para lactantes y a adoptar las oportunas medidas correctoras, entre ellas la promulgación de leyes y reglamentos en caso de necesidad».

La cuestión fue abordada de nuevo por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1978 y entre sus recomendaciones está la de que los Estados Miembros deben dar prioridad a la prevención de la malnutrición en los lactantes y en los niños de corta edad mediante, entre otras disposiciones, el apoyo y la promoción de la lactancia natural, la adopción de medidas legislativas y sociales que faciliten a las madres trabajadoras la lactancia natural, y «la regulación de la promoción indebida de la venta de alimentos infantiles que puedan utilizarse en lugar de la leche materna».

El interés por los problemas relacionados con la alimentación del lactante y del niño pequeño y la creciente importancia atribuida al amamantamiento para contribuir a resolverlos han rebasado, por supuesto, las esferas de actividad de la OMS y del UNICEF. Gobiernos, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, hombres de ciencia y fabricantes de alimentos para lactantes han pedido igualmente que se tomen medidas en el plano mundial como primer paso hacia el mejoramiento de la salud de lactantes y niños de corta edad.

A fines de 1978, la OMS y el UNICEF anunciaron su intención de organizar conjuntamente, en el marco de sus programas en curso, una reunión sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, con objeto de sacar el mayor partido posible del citado movimiento de opinión. Después de estudiar detenidamente la manera de garantizar la participación más completa posible, la reunión se celebró en Ginebra del 9 al 12 de octubre de 1979, con asistencia de unos 150 representantes de gobiernos, de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otras entidades intergubernamentales, de organizaciones no gubernamentales y de la industria de los alimentos para lactantes, así como de expertos en disciplinas afines. Los debates versaron sobre cinco temas principales: fomento y apoyo de la lactancia natural; promoción y apoyo de prácticas apropiadas y oportunas de alimentación complementaria (destete) con la

utilización de recursos alimentarios locales; fortalecimiento de la educación, las enseñanzas y la información sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño; mejoramiento del estado de salud y de la condición social de la mujer, en relación con la salud y la alimentación del lactante y del niño pequeño, y comercialización y distribución adecuadas de los sucedáneos de la leche materna.

La 33ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1980, hizo suyas en su totalidad la declaración y las recomendaciones aprobadas por consenso en la reunión conjunta OMS/UNICEF e hizo particular mención de la recomendación según la cual «debe establecerse un código internacional de comercialización de las preparaciones para lactantes y de otros productos utilizados como sucedáneos de la leche materna», pidiendo al Director General que elaborara un código de ese tipo «en estrecha consulta con los Estados Miembros y con todas las demás partes interesadas».

Con objeto de preparar un código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, de conformidad con la petición formulada por la Asamblea de la Salud, se celebraron numerosas y prolongadas consultas con todas las partes interesadas. Se pidió a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, así como a los grupos y a los individuos que habían estado representados en la reunión de octubre de 1979, que formularan observaciones sobre los sucesivos proyectos de código, y en febrero y marzo y de nuevo en agosto y septiembre de 1980 se celebraron nuevas reuniones. La OMS y la UNICEF se pusieron a la disposición de todos los grupos en un esfuerzo para favorecer un diálogo continuo tanto sobre la forma como sobre el fondo del proyecto de código, y para mantener como contenido mínimo básico los puntos que habían sido objeto de un acuerdo por consenso en la reunión de octubre de 1979. En enero de 1981, el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, en su 67ª reunión, examinó el cuarto proyecto de código, lo suscribió y por unanimidad recomendó a la 34ª Asamblea Mundial de la Salud el texto de una

resolución en virtud de la cual el código sería adoptado en forma de recomendación y no de reglamentos. En mayo de 1981, la Asamblea Mundial de la Salud debatió la cuestión después de que le fuera presentada por el representante del Consejo Ejecutivo. El 21 de mayo la Asamblea adoptó el código, en la forma propuesta, por 118 votos a favor, 1 en contra y 3 abstenciones (la República Argentina entre ellos).³⁵

2.10. BASES LEGALES EN MÉXICO DE LA LACTANCIA MATERNA

Actualmente, en España sólo existe una ley que favorece la lactancia materna. Consiste en la reducción de jornada en una hora a repartir en dos fracciones, o a media hora al final de la jornada, para amamantar a un hijo menor de nueve meses. Indistintamente madre o padre

Tenemos otras leyes que sin ser de protección total a la lactancia ayudan a que ésta se pueda dar, por lo que pueden ser útiles para aquellas mujeres que quieran amamantar a sus hijos:

- Se establecen dieciséis semanas de suspensión en caso de un parto único, dieciocho semanas para aquellas madres que den a luz a más de dos hijos.
- Excedencia no superior a tres años. Sólo existirá reserva de puesto de trabajo durante el primer año.
- Por cuidado de un menor de seis años o disminuido físico o psíquico y que no desempeñe otra actividad remunerada, tiene derecho a una reducción de trabajo de un máximo de media jornada con la disminución de salario consiguiente.

³⁵ INTERNET

- Ésta, es la legislación existente y que esperamos que se modifique porque no protege totalmente la lactancia materna.

Puedes obtener la información más exhaustiva consultando el artículo 37 , puntos 4 y 5 ; artículo 45, punto 1 sección D ; artículo 46.3 ; artículo 48, punto 4 del Estatuto de los Trabajadores de Abril de 1995.

¿SABÍAS QUE...

- 1.1.** Hace 150 millones de años que aparecieron los mamíferos sobre el planeta y que su supervivencia ha sido posible gracias a que producen el alimento ideal para sus hijos, su propia leche
- 1.2.** Las madres que dan a luz varios hijos al mismo tiempo producen leche por cada uno de ellos
- 1.3.** Las madres diabéticas y epilépticas pueden dar de mamar sin riesgo de transmitir su enfermedad al bebé
- 1.4.** Se puede dar de mamar aunque sólo se tenga un pecho, en caso de amputación del otro. Incluso aquellas mujeres que tengan prótesis de silicona pueden hacerlo ?
- 1.5.** Las madres seropositivas o enfermas de SIDA deben evitar dar de mamar a sus hijos, ya que pueden transmitirles la enfermedad ?
- 1.6.** Los niños prematuros que maman se recuperan y maduran antes que aquellos alimentados con leche artificial ?
- 1.7.** Los niños nacidos por cesárea pueden mamar desde el momento que nacen y que su madre es capaz de darle de mamar, como si hubiera sido un parto normal?.

2.11. MITOS :

Durante el embarazo se deben fortalecer los pezones para que después no se agrieten y duelan : no es necesario porque los pezones no sufrirán ningún rozamiento dentro de la boca del bebé.

Las mujeres pelirrojas, de piel blanca y ojos azules sufrirán dolor de pezones porque tienen pieles delicadas: no es cierto, ni el color, ni la textura de la piel influyen en el poder o no dar de mamar.

Las mujeres que quieran amamantar a sus hijos deben hacerlo inmediatamente después del parto, de lo contrario la lactancia no tendrá éxito : es recomendable, para la madre y para el niño que se instaure la lactancia lo más pronto posible, pero no es imprescindible.

1. *Hay que controlar el tiempo de cada toma para prevenir el dolor de pezones* : el dolor de pezones no tiene que ver con el tiempo, sino con una mala técnica a la hora de colocar al niño al pecho.
2. *Los bebés deben alimentarse de ambos pechos cada vez que mamen, porque sino no se estimula una producción adecuada de leche* : la producción de leche, se da en función de la demanda del niño. Lo aconsejable, es que se deje elegir al niño cuánto y cuándo quiere comer, es preferible que el niño vacíe completamente un pecho a que vacíe parcialmente los dos, ya que la leche más rica en grasas es la del final.
3. *Las madres que no aumentan la ingesta de líquidos producen poca leche* : la madre debe beber sólo la cantidad que le apetezca. Sólo aquellas mujeres que noten que la concentración de la orina es más densa o que tiene un olor fuerte deben aumentar el consumo de líquido.

4. *La mayoría de bebés necesitan biberones de agua o leche artificial o no recibirán suficiente cantidad de líquidos: el suministrar líquidos adicionales sólo puede influir en que el niño después no mame lo suficiente, además de desorientarle, ya que el mecanismo de succión de un biberón es totalmente diferente a la técnica empleada a la hora de mamar.*
5. *La cantidad de leche que recibe el niño es proporcional al tiempo que permanece mamando: cada bebé tiene su propio ritmo de alimentación, así como cada mujer tiene su ritmo de emisión de leche.*
6. *Si la alimentación del bebé se reduce a la leche materna, la madre nunca conseguirá dormir lo suficiente por la noche: conforme el niño crece, se va adaptando a la vida como cualquier persona, de manera que por la noche tenderá a comer menos y a dormir más. De todas maneras el bebé puede dormir cerca de su madre, así en caso de que se despierte lo puede colocar junto a ella y darle de mamar acostada y volver a dormir una vez el niño haya acabado.*
7. *Las mujeres con inflamación de pecho deben evitar extraer manualmente la leche: al contrario, vaciar un poco el pecho apretando suavemente la areola, contribuye a aliviar la inflamación.*
8. *El biberón o las tetinas de los chupetes son lo más parecido a los pezones de la madre: no se parecen en absoluto; no son sensibles, ni suaves, ni elásticas como los pezones de las madres.*

9. *Las madres que prolongan la lactancia materna más allá del noveno mes no podrán dejar de amamantar a sus hijos nunca: es falso, cuando el niño decida que es el momento de abandonar el pecho de su madre lo dejarán bien claro, además es mucho mejor amamantar el mayor tiempo posible, incluso si el niño toma ya otros alimentos.*

2.12. ¿ A QUE SE EXPONE UN NIÑO NO AMAMANTADO ?

La leche materna le transfiere al niño una serie de anticuerpos que éste aún no es capaz de producir. Así, un niño que no recibe leche de su madre posee una inmunidad menos efectiva, por lo que se enferma más (diarreas, otitis, bronquiolitis, dermatitis, etc.) y mas severamente.

Toda leche distinta a la humana (no existe ninguna leche humana envasada) produce diferentes tipos de reacciones alérgicas que se traducen en eccemas, dermatitis, diarreas, pérdida de sangre oculta en materia fecal, asma, entre otras. La succión del biberón es muy distinta a la succión del pecho; esta diferencia hace que los niños no amamantados posean un desarrollo deficiente de los huesos y músculos de la cara que originan frecuentemente trastornos respiratorios y de mala oclusión dental.

Los niños amamantados están muy protegidos contra la denominada "muerte súbita infantil". Ciertas enfermedades son mucho más frecuentes entre quienes no han sido amamantados en forma suficiente: Diabetes Infarto Juvenil, Anemia, Enfermedad Celíaca, ciertos tipos de tumores, Obesidad, Síndrome Pilórico, Reflujo Gastro Esofágico; de igual modo, las mujeres que amamantaron poseen menor riesgo de padecer tumores ginecológicos así como osteoporosis.

Está demostrado que los niños amamantados tienen menos riesgo de ser golpeados y abandonados. A la vez, sus padres tienen desarrollada una mayor autoestima producto de la comprobación de haber criado a un hijo sano. Estudios científicos han demostrado que los niños amamantados desarrollan más su

inteligencia; de igual modo, al sentir satisfechas rápida y adecuadamente sus demandas, desarrollan personalidades más seguras e independientes. Ser mamíferos significa estar preparados para recibir un alimento específico y único para cada especie.

Por que se ha extendido el uso de leche de vaca (aún las mal llamadas "maternizadas" son leche de vaca) entre los humanos? Porque la vaca es un animal que "se deja" ordeñar sin dificultad; pero en nada se parece esa leche a la humana, ya que está preparada para las necesidades de un ternero. Se parecen nuestros hijos a los terneros...?

El desarrollo del sistema nervioso humano, que nos diferencia visiblemente de los demás mamíferos, requiere ciertas sustancias únicamente presentes en la leche materna. Si pensamos que el desarrollo neurológico se completa más allá de los tres años, es lógico pensar que durante mucho tiempo la leche materna es necesaria. Y más aún, luego de este período el ser humano va perdiendo la capacidad de digerir la lactosa pues ya no es necesaria la leche.

Sea cual fuere el tiempo que en definitiva se amamante vuestro hijo, es importante que sepan los riesgos y beneficios. Y que la mama debe ser cuidada y protegida para poder llevar adelante una parte muy especial de la crianza del bebé que ha nacido.

2.13. NORMAS PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA.

- 1.- Normas y procedimientos escritos.
- 2.- Capacitación de personal.
- 3.- Difusión de la lactancia a embarazadas.
- 4.- Iniciación de la lactancia materna dentro de la media hora después del parto.
- 5.- Enseñar a la madre cómo dar de mamar y cómo mantener la lactancia.
- 6.- Lactancia materna exclusiva.

- 7.- Alojamiento conjunto.
- 8.- Apoyo a la lactancia cada vez que lo solicita.
- 9.- Erradicación del uso de biberones.
- 10.- Formación de grupos de apoyo a la lactancia.
- 11.- Control prenatal con detección de embarazo de alto riesgo.
- 12.- Atención institucional del parto.
- 13.- Atención del puerperio.
- 14.- Esquema de vacunación.
- 15.- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.
- 16.- Detección de cáncer cérvico-uterino y mamario.
- 17.- Orientación nutricional.
- 18.- Promoción del uso de Vida Suero Oral.
- 19.- Prevención y control de enfermedades respiratorias agudas.
- 20.- Promoción de la planificación familiar.
- 21.- Capacitación.
- 22.- Estudios de mortalidad materna y perinatal.
- 23.- Sistematización de la experiencia.
- 24.- Identificación de oportunidades perdidas.
- 25.- Investigación y sistematización.³⁶

2.14. BASES PARA LA LACTANCIA MATERNA (sugerencia para las madres)

- Habla con tu médico sobre tu compromiso con la lactancia materna.
- Continúa con la lactancia una vez en el trabajo, extrayendo la leche allí mismo si fuera necesario.
- Ofrece palabras de ayuda y estímulo a cualquier madre que encuentres que dé de mamar a su bebé, aunque sea una extraña en el parque.

³⁶ OMS, UNICEF, p.39.

- Envía cartas a políticos, urgiéndolos a apoyar legislación que apoya la lactancia materna: a las escuelas locales, abogando porque la lactancia esté incluido en los planes de estudios de educación sobre la salud, la biología y el sexo; y a los representantes de los medios de comunicación, animándoles a que hagan programas sobre la lactancia.
- ...Y participa en las campañas relacionadas.
- Intenta estar bien informada sobre la lactancia materna e informa a otras personas sobre sus ventajas.
- Menciona las recomendaciones de la OMS (organización Mundial) y los consejos de organizaciones pro-lactancia que recomiendan la lactancia durante 2 años (o hasta por lo menos los 12 meses).
- Regala libros y artículos que faciliten la lactancia a las nuevas mamás.
- Asóciate con organizaciones y grupos de apoyo y defensa de la lactancia.
- Se positiva y entusiasta sobre la lactancia. Cuando la gente te haga algún cumplido sobre tu bebé, diles que "mama leche materna".
- Usa un lazo de color oro para indicar que la lactancia es el patrón oro en la nutrición infantil, y que beneficia a la madre y al niño.
- Da de mamar en público—mucho!³⁷

2.15. FACTORES CONDICIONANTES DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA.

2.15.1. Factores socioeconómicos (clase social y educación)

La educación y la clase social de una mujer afectan su motivación para amamantar, pero la manera como se afecta es diferente en diferentes partes del mundo. En muchos países industrializados, la alimentación al pecho actualmente se está volviendo más común entre las mujeres educadas y de la clase alta. Por

³⁷ Internet

otra parte los países del tercer mundo, las mujeres educadas y de la clase alta tienden más a alimentar a sus hijos artificialmente. Sin embargo en algunos países socialistas, la educación de la mujer aparentemente no tiene efecto de ninguna de las dos maneras. El porque de esto no está claro.³⁸

2.15.2. EMPLEO

De acuerdo con los estudios realizados una proporción considerable de las madres que abandonan la práctica de la lactancia materna lo hacen porque tienen que salir del hogar a trabajar, a pesar de las consideraciones presente en el artículo 123 de nuestra constitución, no todas las mujeres disponen de facilidades para lactar a sus hijos.³⁹

Se han emprendido investigaciones para estudiar si las madres que trabajan fuera de su hogar amamantan menos que las que permanecen en su casa, hasta la fecha los estudios no se han concluido.⁴⁰

2.15.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Al "stress de la vida moderna" se le culpa muchas veces de la declinación de la alimentación al pecho, se dice una y otra vez que "hoy en día las mujeres están tan nerviosas que no pueden en realidad amamantar" esto es una necesidad. Las Madres angustiadas, histéricas o deprimidas con frecuencia son excelentes amamantadoras. No hay razón por la cual una profesional activa y efectiva, una mujer de negocios o involucrada en la política, no pueda ser capaz de lactar. Se ha mencionado a veces que "un estado mental apacible, alegre y armonioso es un prerequisite para lactar bien" pero incontables mujeres han tenido éxito en su lactancia a pesar de carecer por completo de armonía y paz. De hecho, el alimentar al pecho a su bebé puede por si misma inducir exactamente ese estado

³⁸ HELSING, Elisabet, SAVAGE Felicity, Op. Cit. p.205.

³⁹ INTERNET

⁴⁰ HELSING, Elisabet, SAVAGE FELICITY, Op. Cit. p.24.

mental armonioso y feliz. Actualmente se reconoce la base fisiológica de esto. Durante la lactancia, se modifica la respuesta de las glándulas suprarrenales al estrés, probablemente debido al alto nivel de prolactina circulante.⁴¹

2.15.4. ADOLESCENCIA

Es un periodo de transición, su comienzo y la duración es variable, además marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. Esta marcada por cambios interdependientes, en la mente, en el cuerpo y en las relaciones sociales.

Inicio y terminación de la adolescencia.

Puede decirse que la adolescencia, en cuanto a fase del desarrollo humano, tiene un punto de partida biológico, y un desenlace psicológico y social.

Desde el punto de vista biológico se inicio este marcado por la aceleración final del crecimiento y el inicio del desarrollo sexual secundario; y su terminación esta marcada por la fusta de la epifisis y la terminación de la diferenciación sexual.

Desde el punto de vista psicológico, esta marcado por la percepción de un nuevo yo y concluye al tener una nueva diferenciación del yo para poderlo compartir con una pareja (consolidación de la identidad y capacidad de tener relaciones heterosexuales estables).

Socialmente es un periodo de preparación intensificado para la asunción de un rol de adulto y su terminación esta marcada cuando la sociedad le otorga prerrogativas adultas plenas, y el joven asume un rol laboral y marital adulto.

⁴¹ HELSING, Elisabet Op.Cit.p,209,210.

2.15.5. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Factores que influyen en su aparición.

La adolescencia no es simplemente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino es toda una fase decisiva de evolución hacia una mayor independencia psicológica, donde la sexualidad aparece en primer plano de las preocupaciones y de las transformaciones que caracterizan a esta etapa.

El inicio de la actividad sexual, sin una orientación adecuada y un conocimiento pleno de sus implicaciones, expone al adolescente a una serie de riesgos asociados con su función sexual y capacidad reproductiva, tales como experiencias sexuales traumáticas, enfermedades de transmisión sexuales y a embarazos y sus consecuencias.

Los estudios que se han realizado a la fecha muestran que 4 de c/5 mujeres adolescentes y jóvenes, se han embarazado al menos alguna vez, mientras que uno de cada cinco varones han embarazado alguna vez a su pareja, aún cuando se reporta el no deseo del embarazo.

La alta incidencia de embarazos en adolescentes, obedece a la interacción de múltiples factores, que actúan básicamente en función de las circunstancias particular de cada individuo y de la influencia sociocultural del contexto al que pertenece.

Los principales factores causales son:

- El impulso sexual
- La identidad sexual ⁴²

⁴² HELSING, Elisabet Op.Cit.p, 37,38.

2.15.6. SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

En el adolescente este impulso aparece ante la influencia de múltiples estímulos ya sea externo o internos y no necesariamente eróticos, actividades físicas como ejercicio o emociones como la irritabilidad o la angustia provocan una tensión que puede transformarse en un impulso sexual. Por supuesto los estímulos de carácter erótico, evidentemente generan la aparición o surgimiento de este estímulo y el adolescente para liberar la tensión sexual, recurrirá a la masturbación pero también con mucha probabilidad a practicar el coito; hecho que puede conducirlo a afrontar diversos riesgos entre ellos el embarazo.

Así mismo la búsqueda de identidad sexual, la necesidad de aceptación por el grupo de compañeros y el desafío a la autoridad.

Como signo de independencia; son aspectos inherentes a la adolescencia que pueden propiciar y embarazo. La actividad sexual constituye en el caso del varón un medio de reafirmación sexual, mientras que el embarazo en la mujer puede ser una forma de sentirse "más mujer" o persona mayor. Para algunas puede ser una demanda de atención, o el medio para forzar un matrimonio, muchos jóvenes pueden considerar la maternidad, como un hecho que les da una función en la vida, o un sentido a su existencia, aún sin estar casadas, en otros casos la adolescente manifiesta su rechazo a la autoridad y a las normas sociales a través del embarazo.

Se identifican factores que contribuyen a explicar el embarazo en la adolescencia como lo son:

- a) *Modelos de comportamiento:* En el hombre y la mujer en los que se introyecta desde su infancia, identificando valores y modelos y asumiéndolos como objetivos para lograr que tipo de hombre o mujer se desea ser.

- b) *Virilidad*: Iniciarse en su relación sexual para probar su virilidad y hombría, embarazar a una chica prueba su heterosexualidad.
 - c) *Femineidad*: El comportamiento sexual estricto por la educación tradicionalista, el cuidado de su virginidad y por otro lado la controversia que ofrece la supuesta liberación sexual.
 - d) *Pautas del comportamiento*: la urbanización, modernización, industrialización, altas tecnologías, medios masivos de comunicación; influyen los criterios de la virginidad. Matrimonio, sexualidad, divorcio.
- La población adolescente resulta la mas susceptible a estas influencias, ya que su propia desubicación y necesidad de encontrar respuesta a sus interrogantes, en torno a su identidad los llevan a responder a las imágenes presentadas como medio de definición. ⁴³

2.15.7. SEXUALIDAD Y EMBARAZO

Los adolescentes enfrentan mayores riesgos de complicación obstétrica y tienen mayores probabilidades de morir durante el embarazo y el parto; los riesgos de morbilidad y mortalidad del producto aumentan, ya que la adolescente manifiesta mayor negligencia en la búsqueda de atención prenatal, y abusa con relativa facilidad del tabaco, drogas y alcohol.

La insistencia sexual del enamorado y los valores tradicionales que la presionan para casarse, pronto e inmediatamente después de ser madre son otras causas predisponen a la adolescente para embarazarse.

Los antecedentes individuales son un factor de gran influencia, su historia personal de vida con relación a los sucesos y circunstancias anteriores que

⁴³ LEHALLE HENRY. "Psicología de los Adolescentes" Ed. Grijalva, México., 1989

determinan su percepción, la exactitud de la vida ante ella, su escala de valores, sus expectativas y su autoestima.

Un aspecto que es determinante de un embarazo en adolescencia es la violación. Estudios realizados en Latinoamérica refieren que las adolescentes embarazadas por causa de una violación son en su mayoría víctimas del padre o familiares y en menor índice de desconocidos y las edades fluctúan entre los doce y los treinta y un años de edad y predominan las menores de veinte años en su mayoría solteras y en el momento de ser estudiantes, cuando el violador es un familiar es común que una vez que éste logra su propósito por primera vez mediante la amenaza o la autoridad que ejerce como hombre en la familia seguirá acosando a la víctima sexualmente., y esto remueve usualmente en la víctima el miedo a la culpa por las ocasiones de unión sexual unidos.

En los casos de un embarazo la complejidad de la situación aumenta, por un lado debe enfrentar un embarazo no deseado, sino que en ocasiones es repudiado y por otra parte el objeto de un doble rechazo social; primero por embarazarse siendo soltera y segundo por haber sido violada ya que debido al nivel social se considera erróneamente que la violada de alguna manera provocó o permitió el ataque.

El embarazo en la adolescentes obstaculiza su desarrollo, tanto personal como social, limitando sus oportunidades de educación alterando los planes para su vida futura y definiendo aún mas el logro de la identidad personal.

El aborto constituye en muchos casos la alternativa de solución al embarazo no deseado, a pesar de los riesgos de complicación que pueden ocasionar incluso la muerte.

La evidencia estadística muestra que las adolescentes inician en promedio su actividad sexual a los dieciséis y diecisiete años, careciendo de información suficiente y fidedigna en torno a su propia sexualidad y sin asumir con responsabilidad el control de su fertilidad utilizando métodos anticonceptivos. En su mayoría las relaciones sexuales no son premeditadas por lo que no toman precauciones debidas.

Hay un sinnúmero de mitos que hacen a la mujer responsable de la sexualidad y la reproducción por la educación tradicionalista, por esto la mayoría de los adolescentes rechazan el uso de los anticonceptivos y objetan a que sus compañeras los usen, algunas veces no lo piensan ni lo discuten con su pareja y ocurre el embarazo pudiendo creer que las relaciones sexuales deben ser naturales y espontáneas y por falta de información adecuada, creer que se puede recibir efectos perjudiciales en la salud y estos mitos se arraigan con mayor frecuencia en la mujer adolescente. ⁴⁴

2.15.8. OTROS FACTORES.

De tiempo en tiempo se han considerado como obstáculos a una buena lactancia, el ejercicio físico, el trabajo duro, el fumar, el acto sexual, algunos alimentos, etc. ⁴⁵

⁴⁴ DOUNDESWELL JUNE.- "La violación, hablan las mujeres" 1º Edición Ed. Grijalva, México.- Barcelona Buenos Aires 1987 Lilaes/C Drom.- Centro de Información Científica y Tecnológica. 3º Edición Lilaes. Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud. CENDIS de México 1989.

⁴⁵ HELSING, Elisabet Op.Cit. p,211

Otros factores condicionantes son los mitos sobre la lactancia materna, a través de los años, con la pérdida del amamantamiento como forma cultural de alimentación de nuestros bebés e infantes, han surgido ideas erróneas sobre la lactancia materna. Estas ideas o mitos contribuyen a que muchas madres no amamanten a sus hijos o se decidan por un destete temprano⁴⁶.

⁴⁶ OPS, INTERNET

CAPITULO 3

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

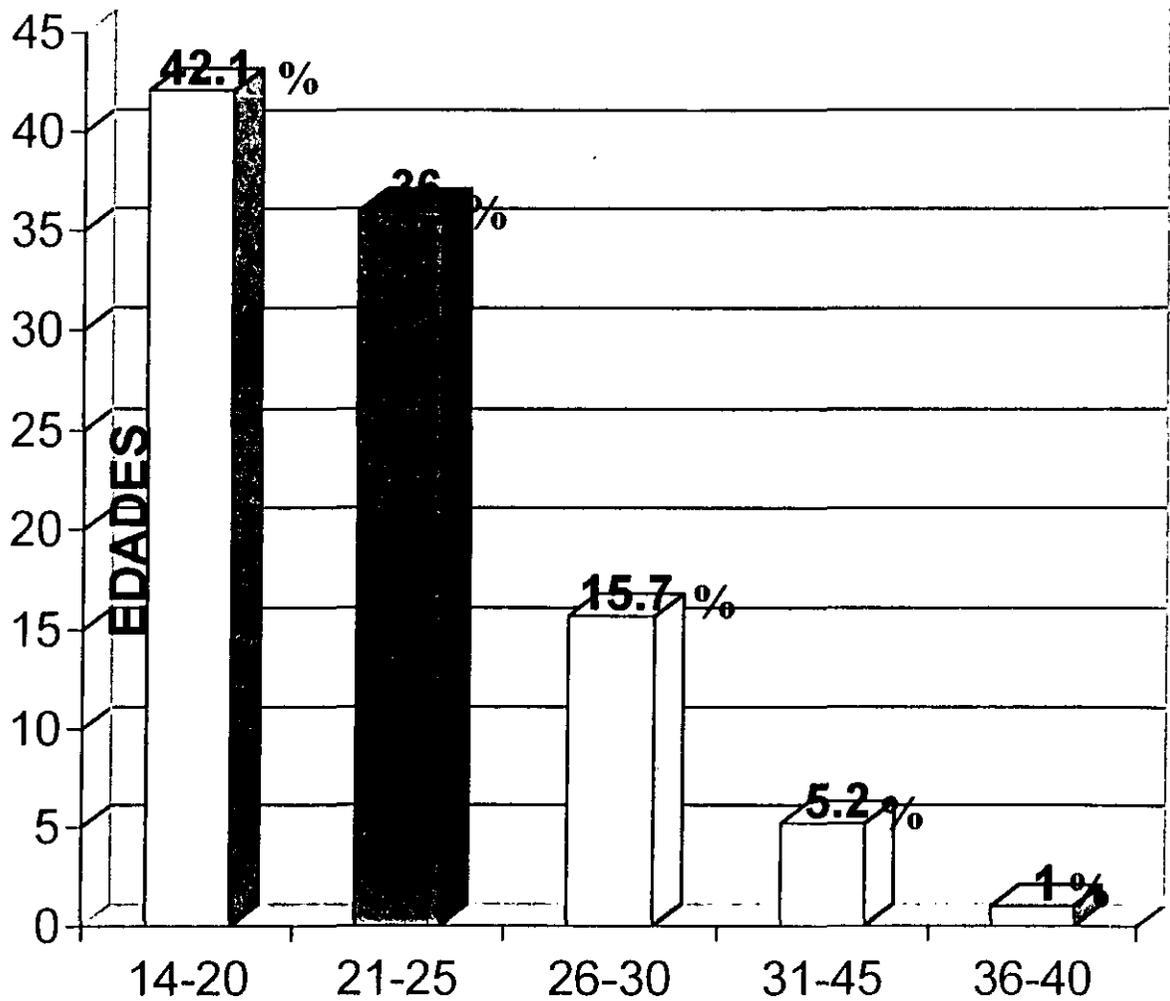
EDAD Y FRECUENCIA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

EDAD	F	%
14-20	80	42.1
21-25	68	36.0
26-30	30	15.7
31-45	10	5.2
36-40	2	1.0
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

G0RAFICA No. 1

EDAD Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTOCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO NO. 2

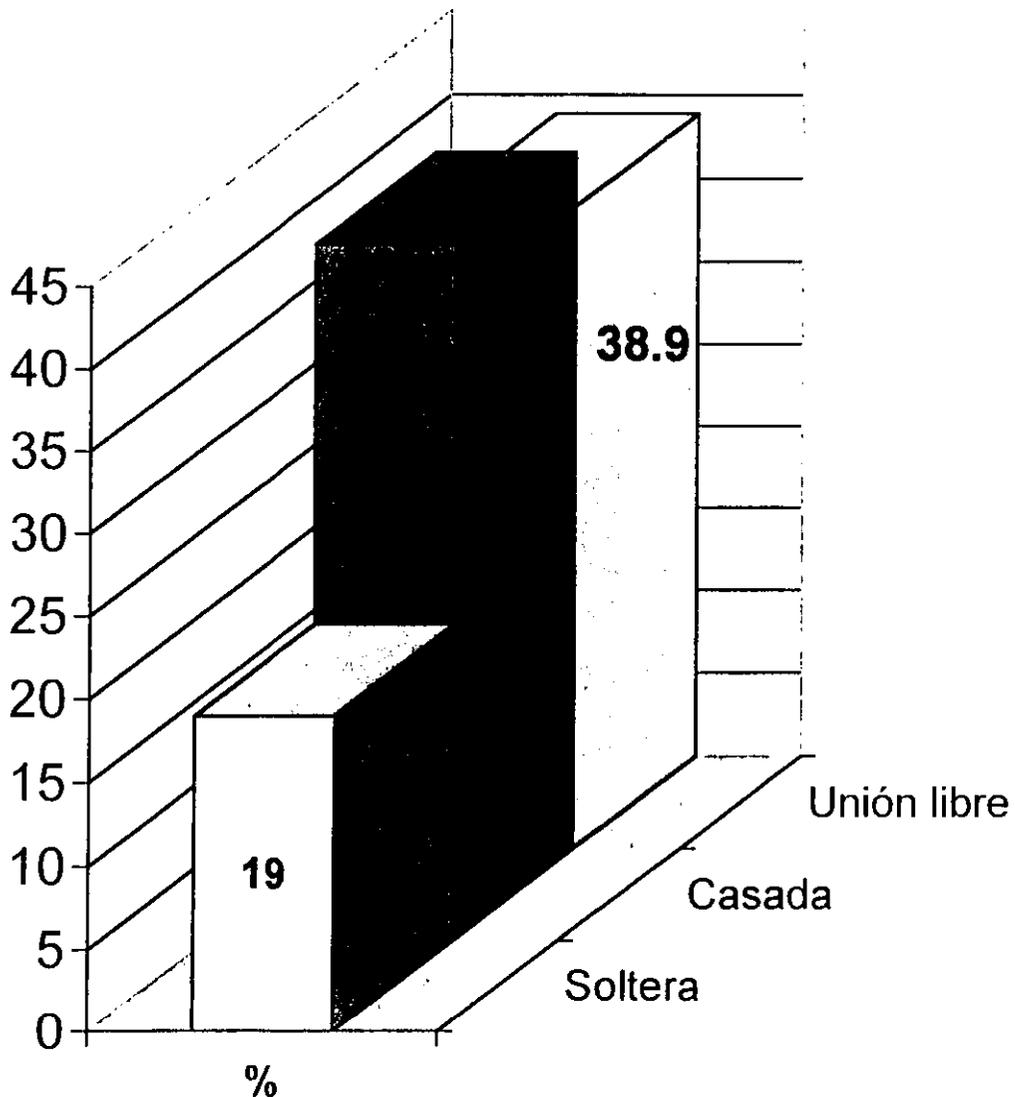
ESTADO CIVIL Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

ESTADO CIVIL	F	%
Soltera	36	19.0
Casada	80	42.1
Unión libre	74	38.9
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 2

ESTADO CIVIL Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 200

CUADRO No. 3

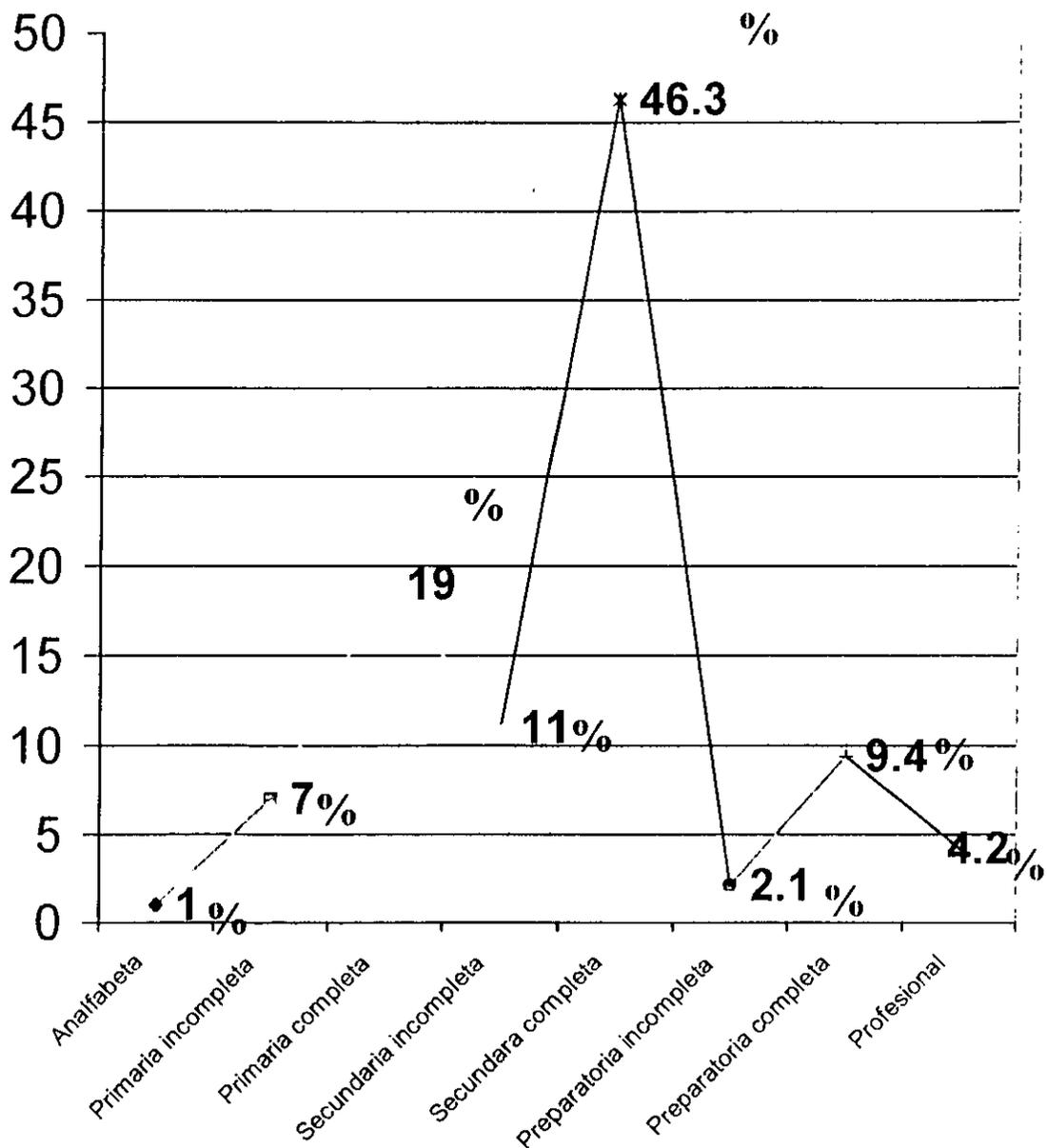
ESCOLARIDAD Y FRECUENCIA DE MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

ESCOLARIDAD	F	%
Analfabeta	2	1.0
Primaria incompleta	14	7.0
Primaria completa	36	19.0
Secundaria incompleta	20	11.0
Secundaria completa	88	46.3
Preparatoria incompleta	4	2.1
Preparatoria completa	18	9.4
Profesional	8	4.2
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 3

ESCOLARIDAD Y FRECUENCIA DE MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000

CUADRO No. 4

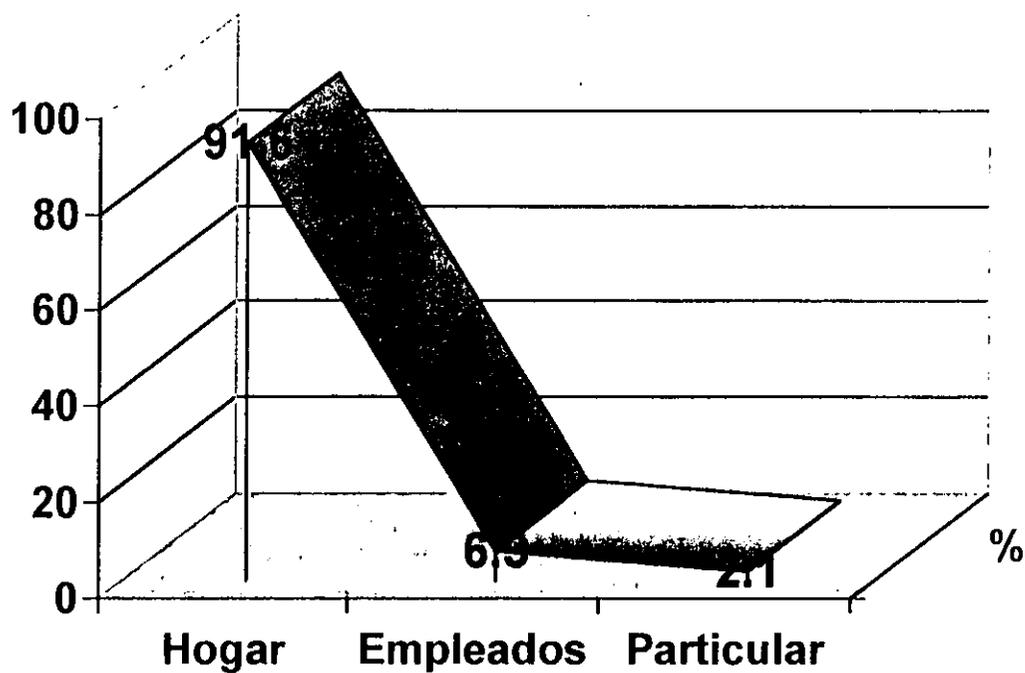
OCUPACIÓN Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

OCUPACIÓN	F	%
Hogar	174	91.6
Empleados	12	6.3
Particular	4	2.1
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 4

OCUPACIÓN Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 200

CUADRO No. 4 bis

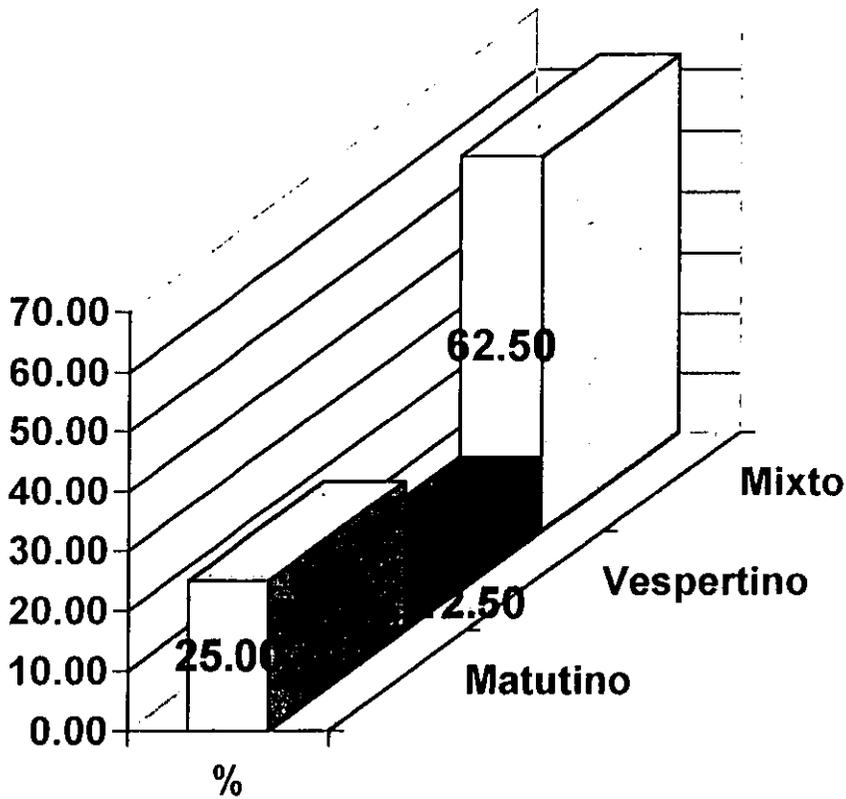
TURNO Y FRECUENCIA EN QUE LABORAN LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

TURNO	F	%
Matutino	4	25
Vespertino	2	12.5
Mixto	10	62.5
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA NO. 4 BIS

TURNOS Y FRECUENCIA EN QUE LABORAN LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No. 5

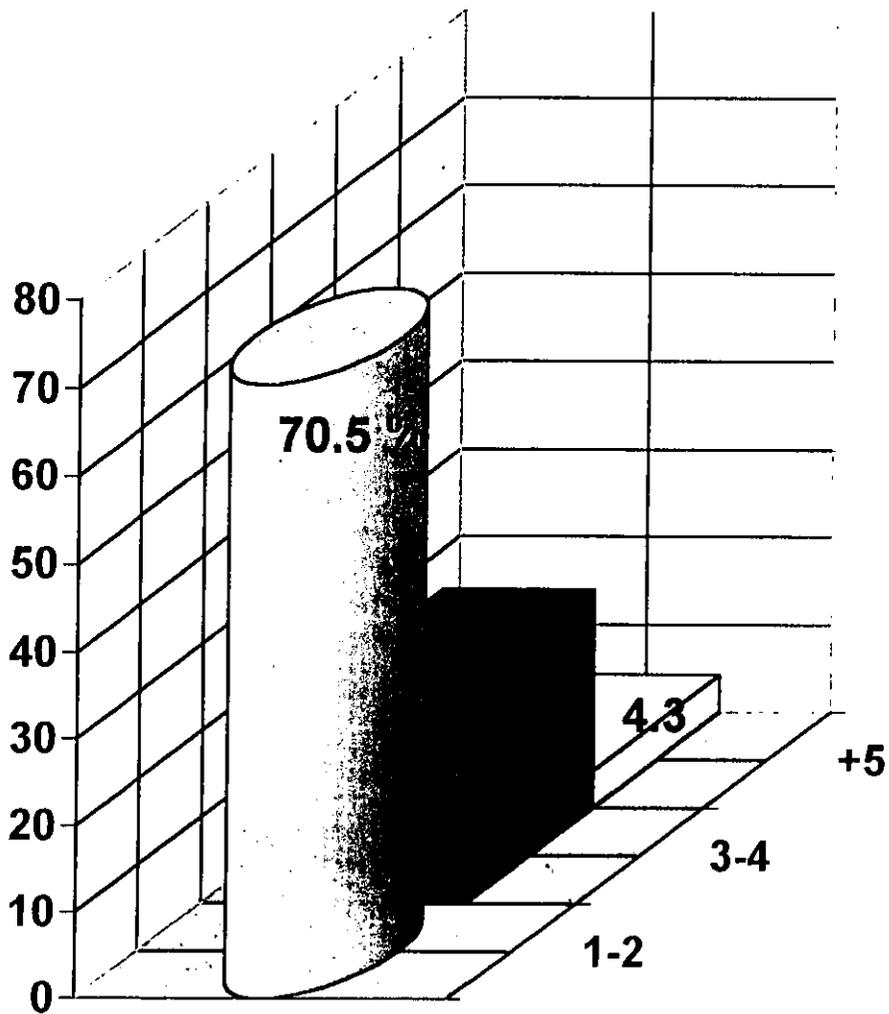
NÚMERO DE EMBARAZOS Y FRECUENCIA DE MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

EMBARAZOS	F	%
1-2	134	70.5
3-4	48	25.2
+5	8	4.3
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 5

NÚMERO DE EMBARAZOS Y FRECUENCIA DE MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000

CUADRO No. 6

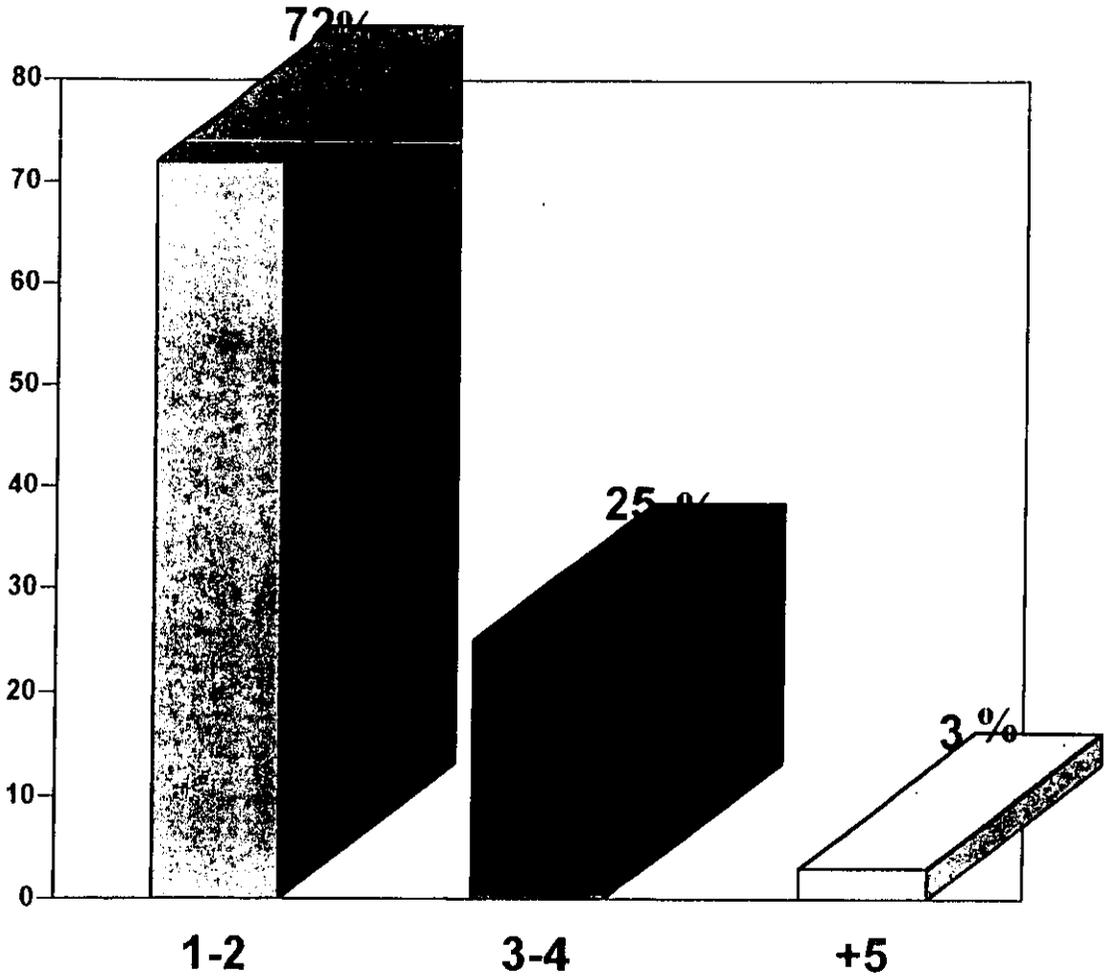
NUMERO DE HIJOS Y FRECUENCIA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

HIJOS	F	%
1-2	136	72.0
3-4	48	25.0
+5	6	3.0
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 6

NUMERO DE HIJOS Y FRECUENCIA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTOCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No. 7

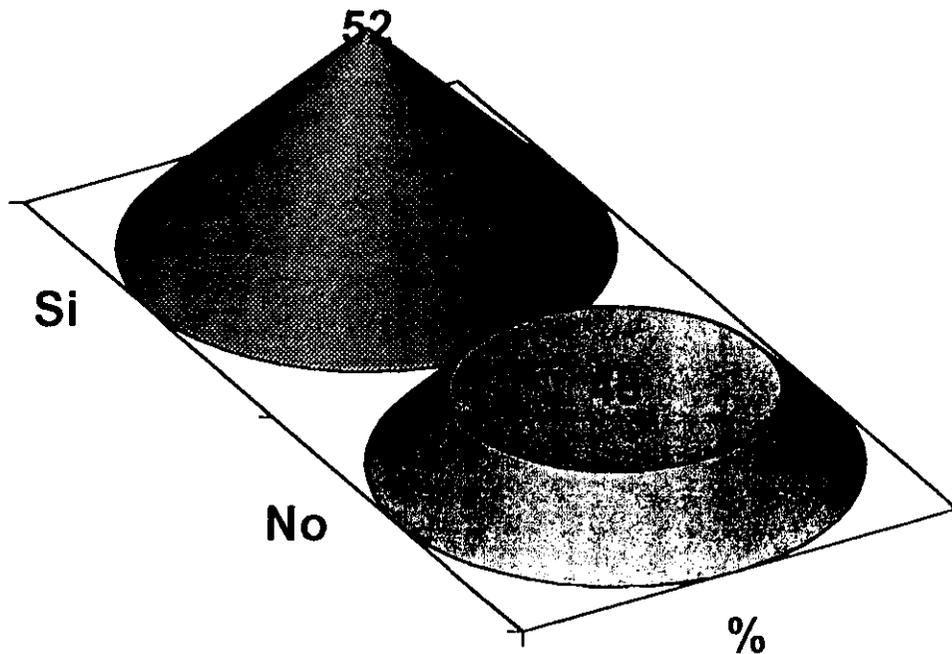
UTILIZACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

METODO DE PLANIFICACION	F	%
Si	98	52.0
No	92	48.0
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General de Los Mochis de enero-junio del año 2000.

GRAFICA NO. 7

UTILIZACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No.7 bis

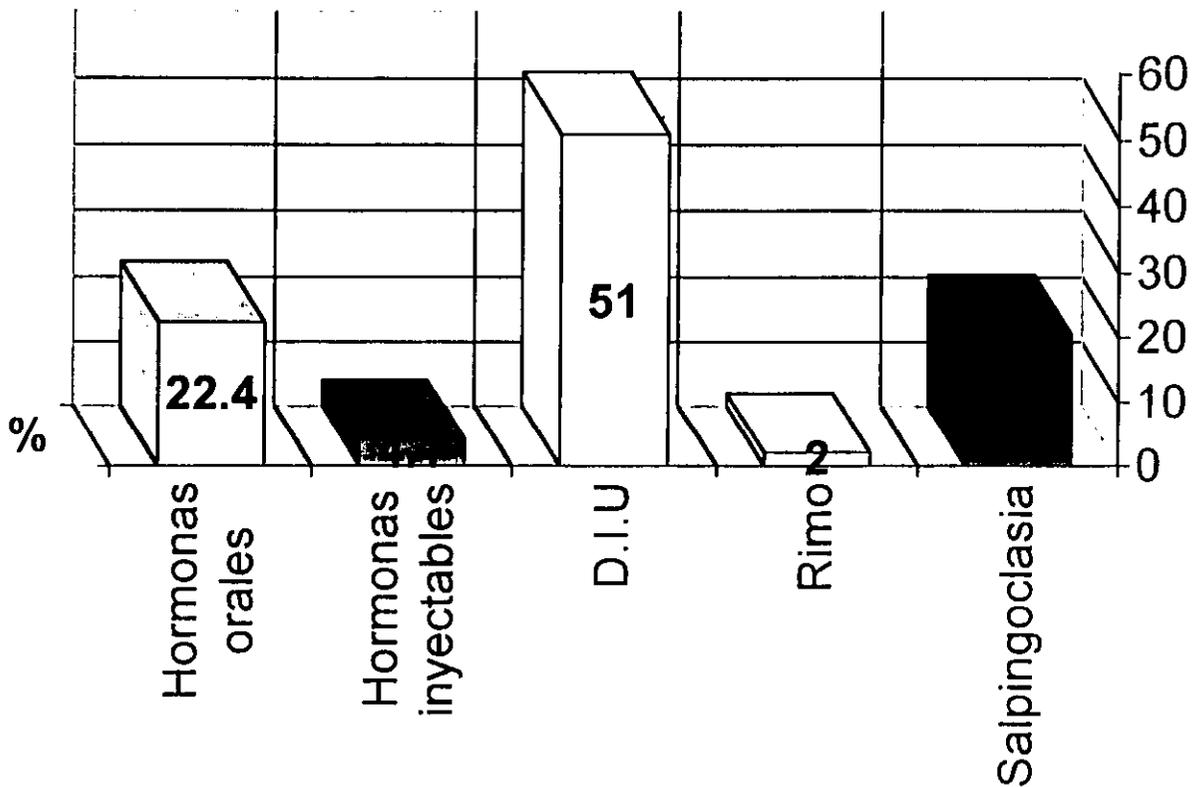
TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y FRECUENCIA UTILIZADO POR LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	F	%
Hormonas orales	22	22.4
Hormonas inyectables	4	4.1
D.I.U	50	51.0
Ritmo	2	2.0
Salpingoclasia	20	20.4
TOTAL	98	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No.7 bis

TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y FRECUENCIA UTILIZADO POR LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No. 8

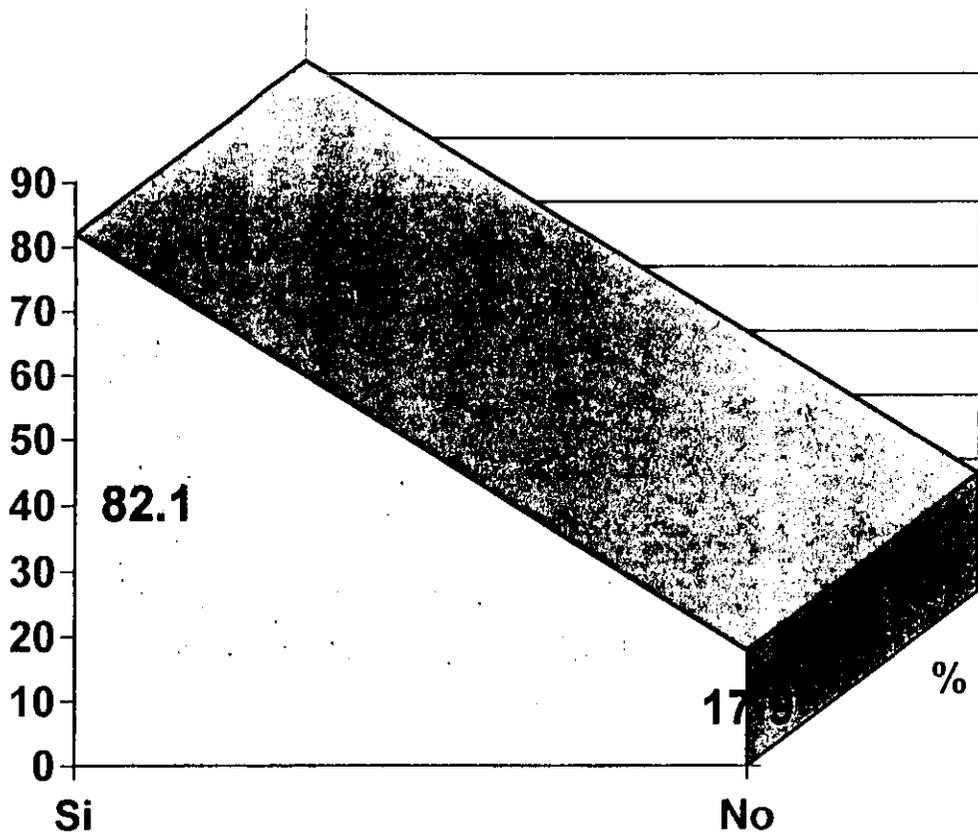
CONTROL PRENATAL Y FRECUENCIA DE MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

CONTROL PRENATAL	F	%
Si	156	82.1
No	34	17.9
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General de Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 8

CONTROL PRENATAL Y FRECUENCIA DE MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO NO. 8 BIS

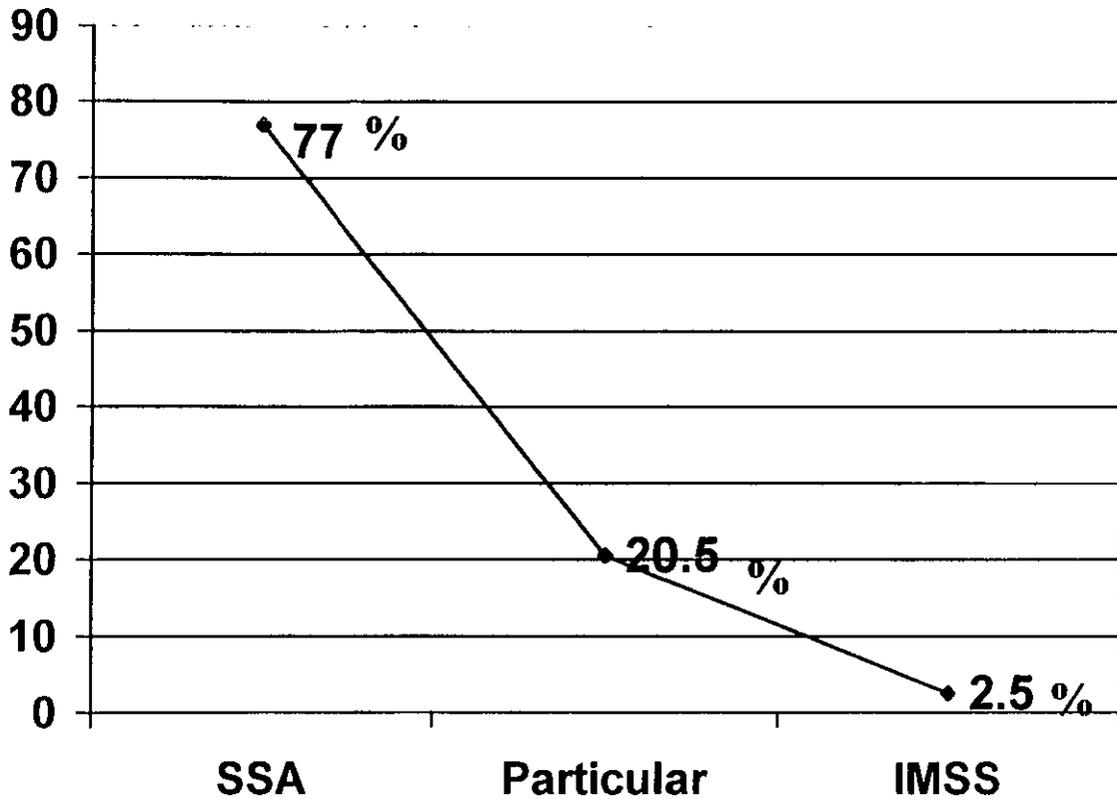
INSTITUCIÓN DONDE LLEVARON CONTROL PRENATAL Y FRECUENCIA LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

INSTITUCIÓN	F	%
SSA	120	77.0
Particular	32	20.5
IMSS	4	2.5
TOTAL	156	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA NO. 8 BIS

INSTITUCIÓN DONDE LLEVARON CONTROL PRENATAL Y FRECUENCIA LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO NO. 9

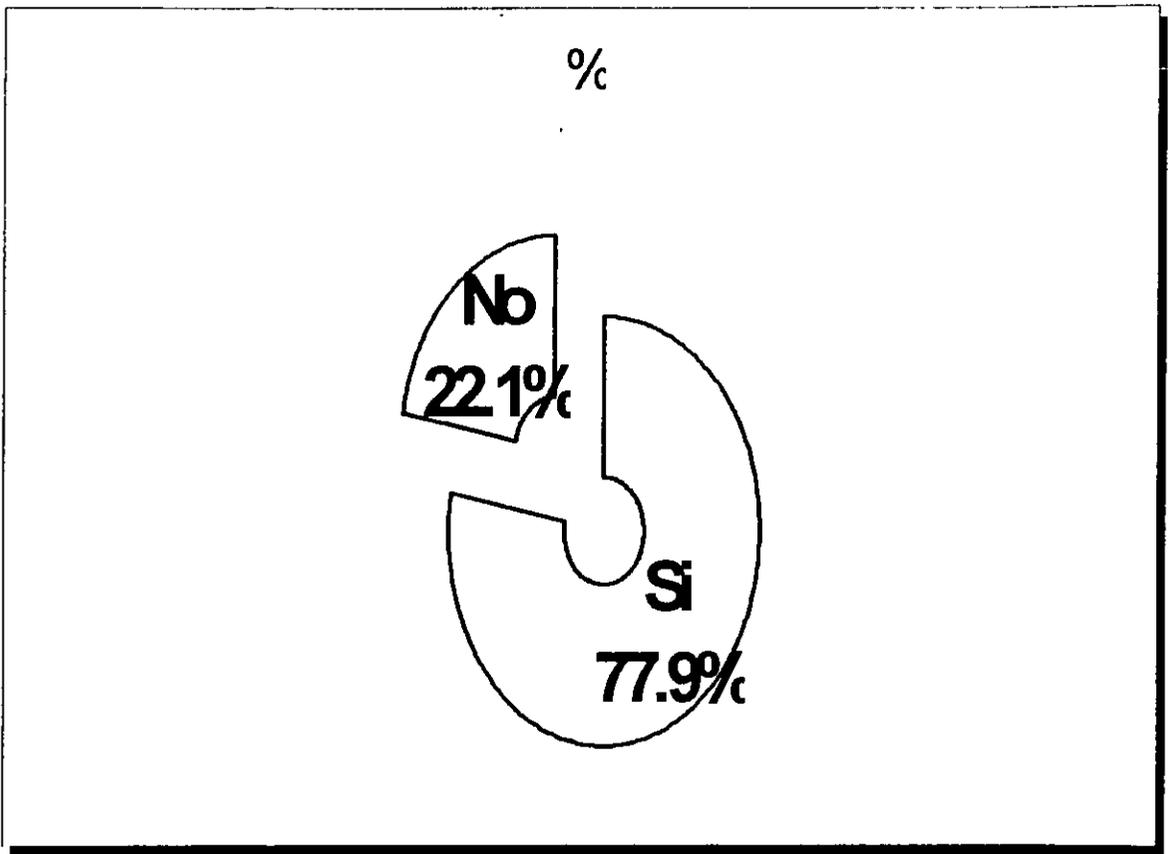
PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

LACTANCIA A SENO MATERNO	F	%
Si	148	77.9
No	42	22.1
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 9

PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO NO. 9 BIS

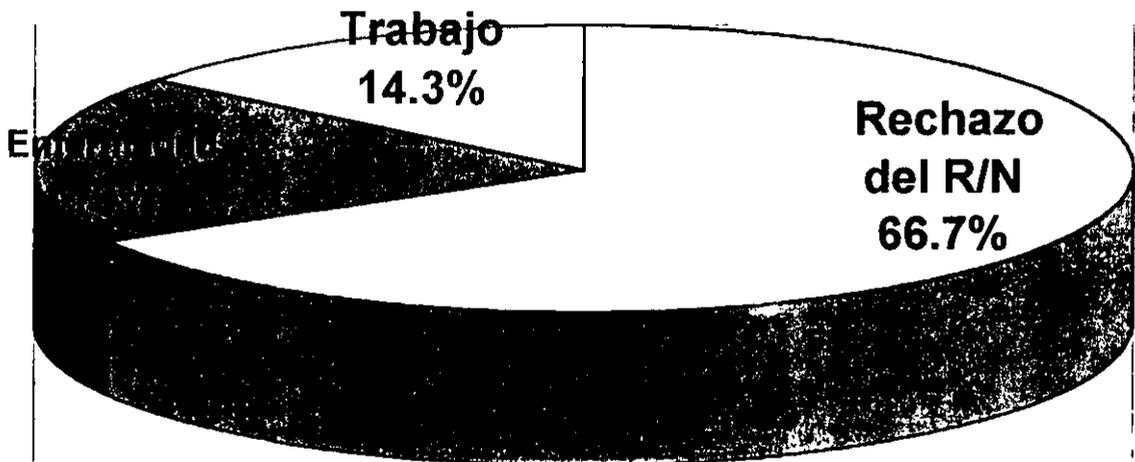
MOTIVO DEL ABANDONO AL SENO MATERNO Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

MOTIVO	F	%
Rechazo del R/N	28	66.7
Por enfermedad de la madre	8	19.0
Por el trabajo	6	14.3
TOTAL	42	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 9 BIS

MOTIVO DEL ABANDONO AL SENO MATERNO Y FRECUENCIA DE MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No. 10

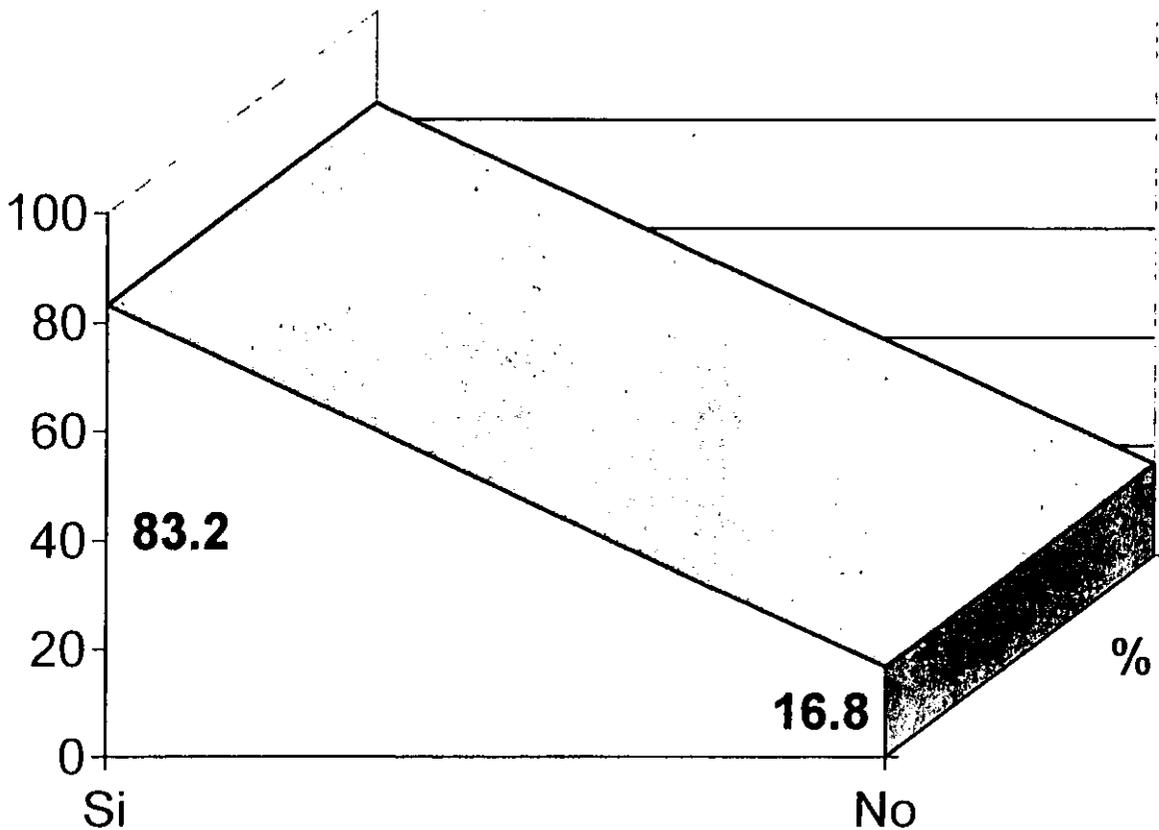
ORIENTACIÓN Y FRECUENCIA SOBRE LACTANCIA MATERNA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

ORIENTACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA	F	%
Si	158	83.2
No	32	16.8
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 10

ORIENTACIÓN Y FRECUENCIA SOBRE LACTANCIA MATERNA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 200

CUADRO No. 11

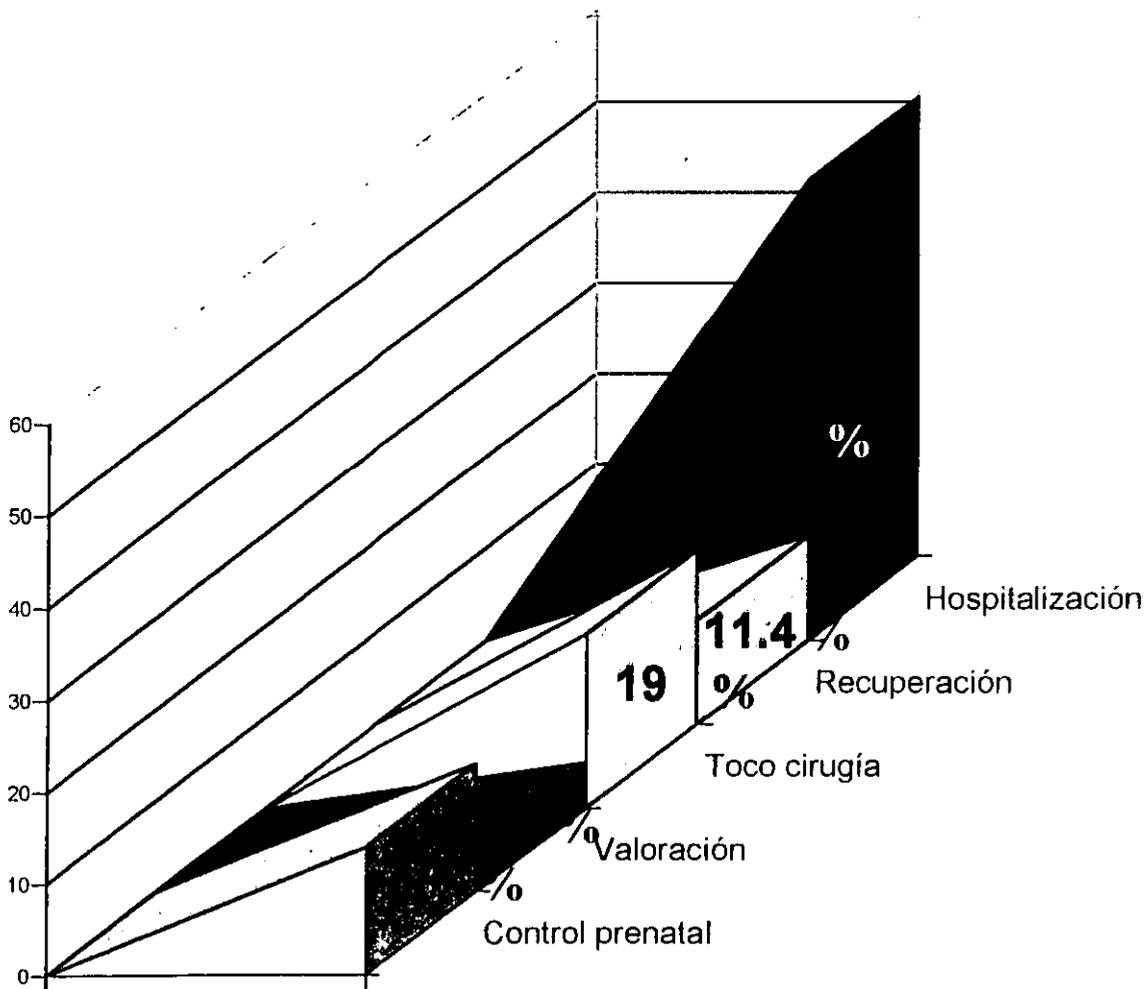
SERVICIO DE ORIENTACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

SERVICIO	F	%
Control prenatal	22	14.0
Valoración	8	5.0
Toco cirugía	30	19.0
Recuperación	18	11.4
Hospitalización	80	50.6
TOTAL	158	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000

GRAFICA No. 11

SERVICIO DE ORIENTACION SOBRE LACTANCIA MATERNA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No. 12

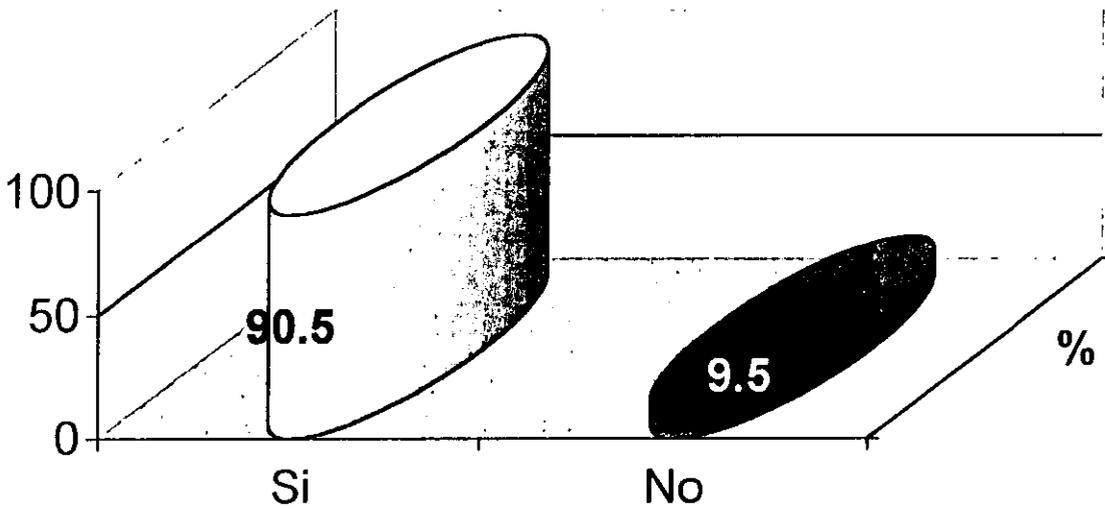
CONOCIMIENTO SOBRE LAS VENTAJAS DE LACTANCIA MATERNA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

CONOCIMIENTO DE LAS VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA	F	%
Si	172	90.5
No	18	9.5
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 12

CONOCIMIENTO SOBRE LAS VENTAJAS DE LACTANCIA MATERNA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000

CUADRO NO. 13

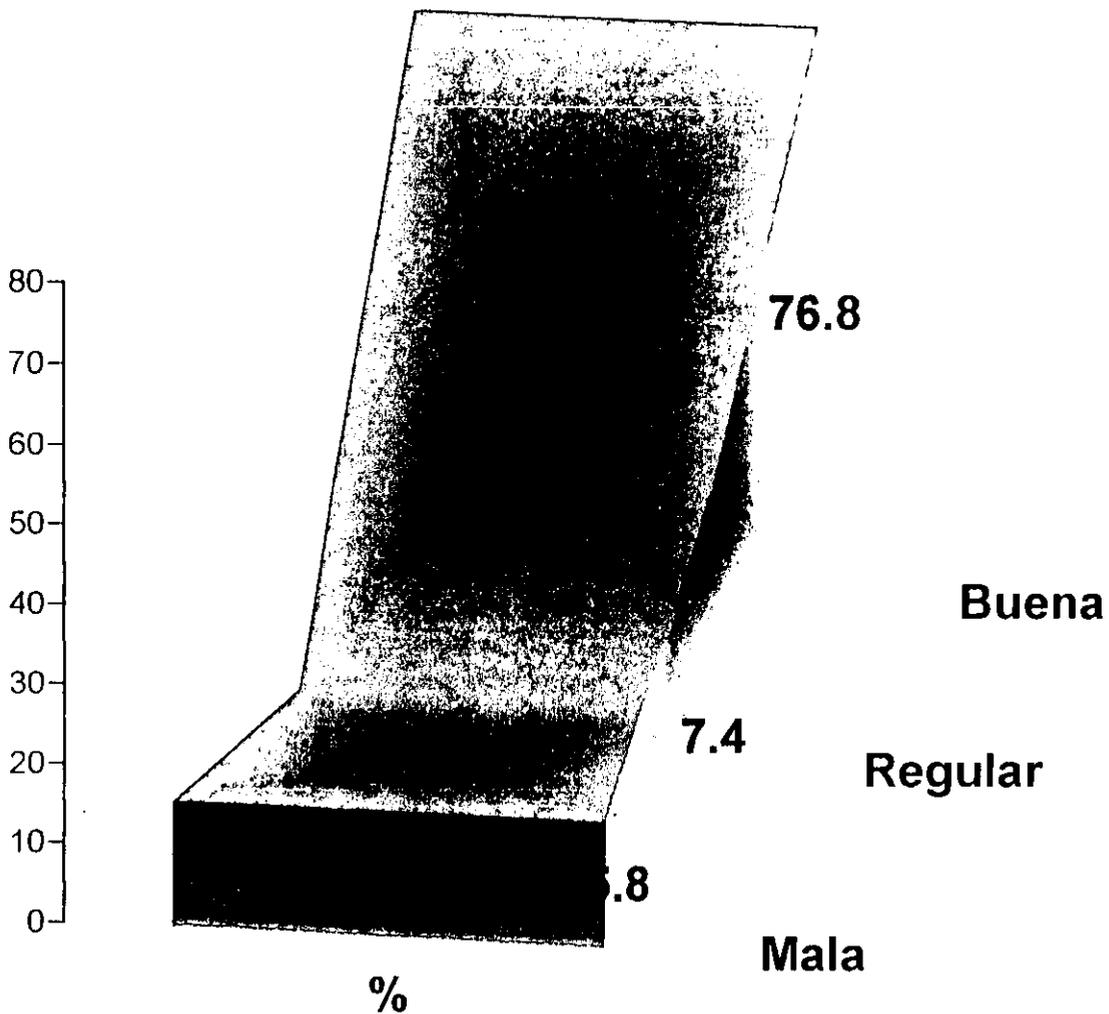
CALIDAD DE ORIENTACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA Y FRECUENCIA A LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

CALIDAD DE ORIENTACIÓN	F	%
Buena	146	76.8
Regular	14	7.4
Mala	30	15.8
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000

GRAFICA NO. 13

CALIDAD DE ORIENTACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No. 14

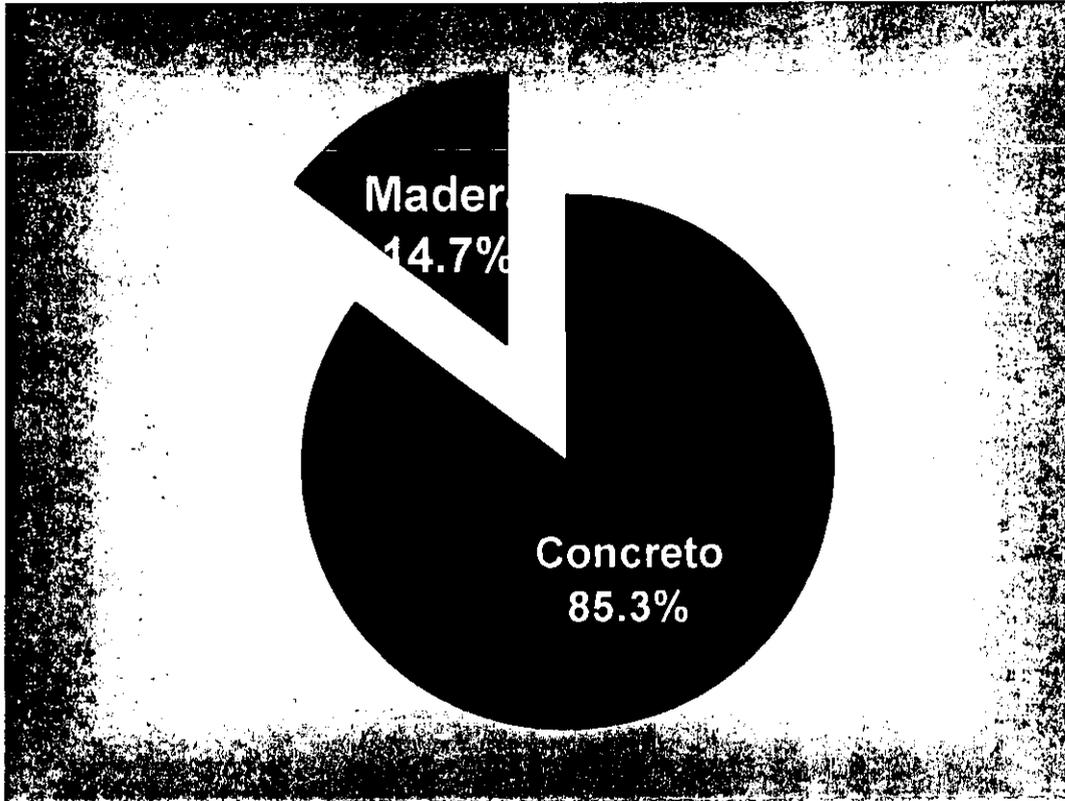
TIPO DE CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

VIVIENDA	F	%
Concreto	162	85.3
Madera	28	14.7
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 14

TIPO DE CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO NO. 15

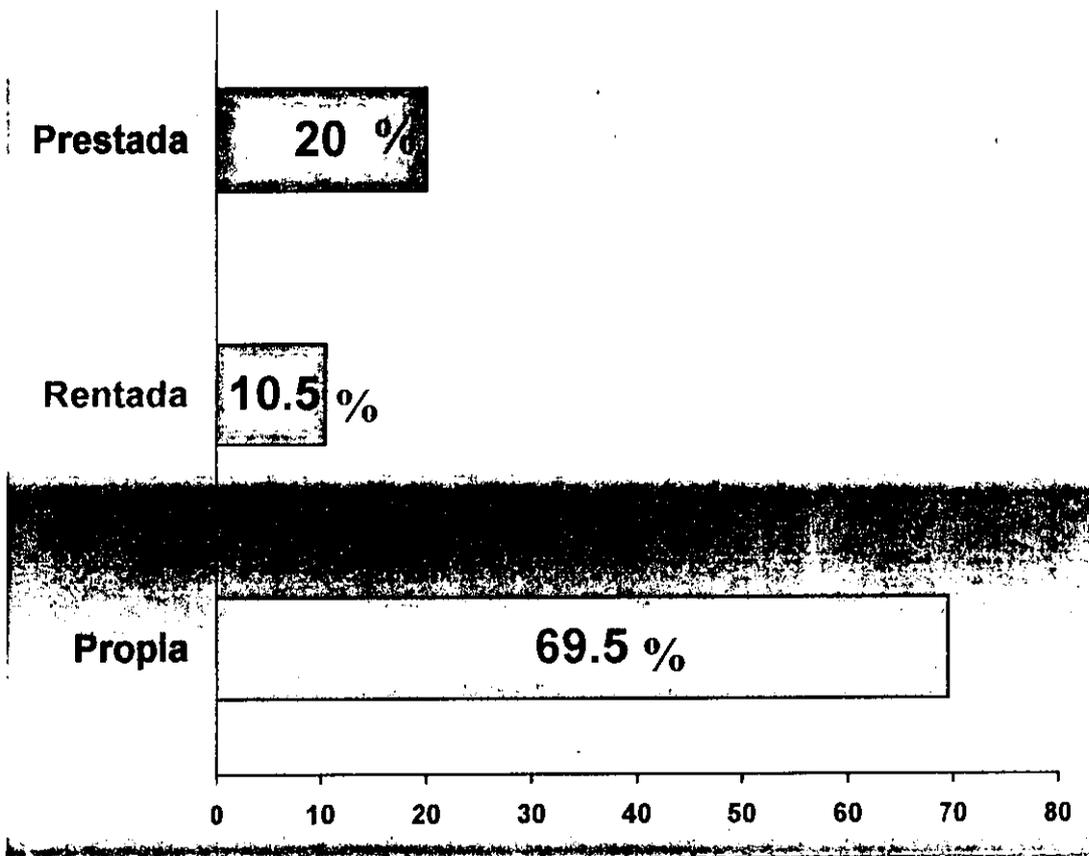
TIPO DE VIVIENDA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

VIVIENDA	F	%
Propia	132	69.5
Rentada	20	10.5
Prestada	38	20
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA NO. 15

TIPO DE VIVIENDA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

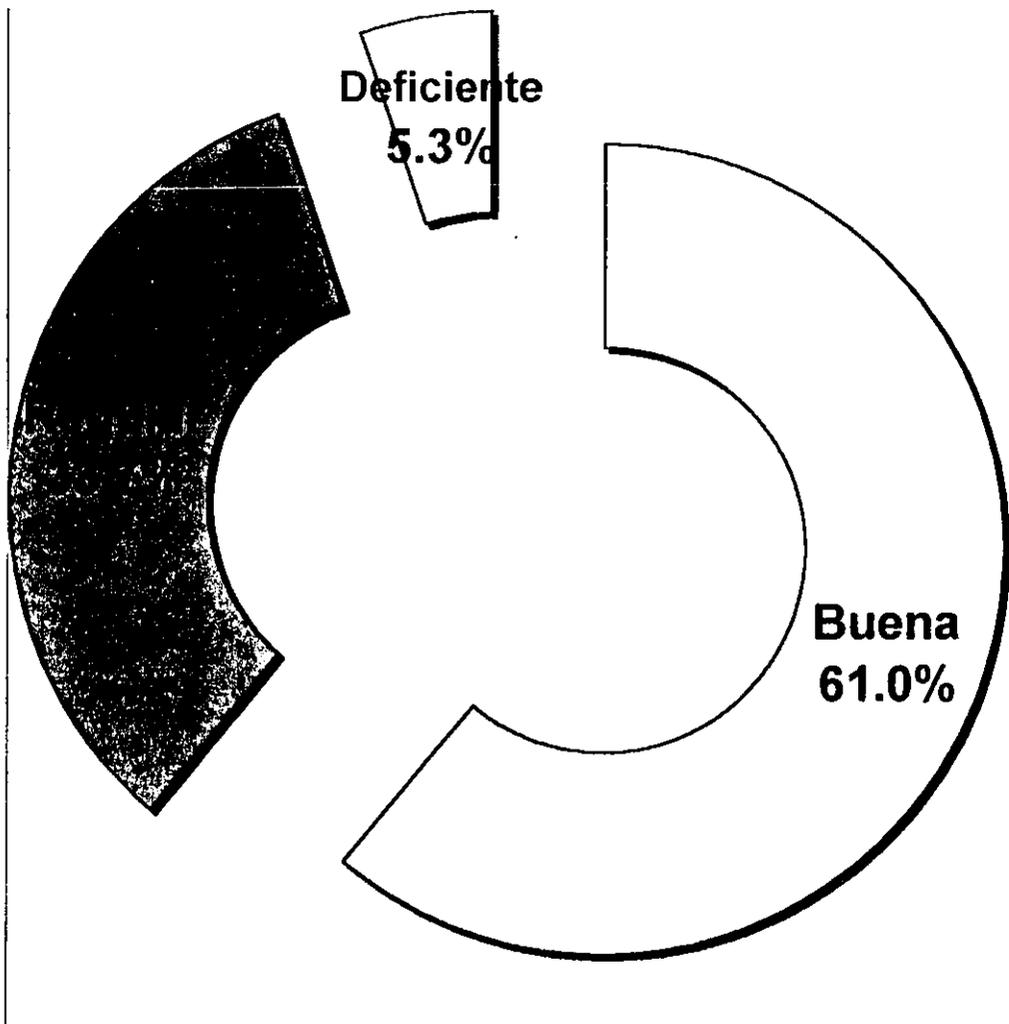
CUADRO NO. 16

BALANCE NUTRICIONAL Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

BALANCE NUTRICIONAL	F	%
Buena	116	61
Regular	64	33.7
Deficiente	10	5.3
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA NO. 16
BALANCE NUTRICIONAL Y FRECUENCIA DE LAS
MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No. 17

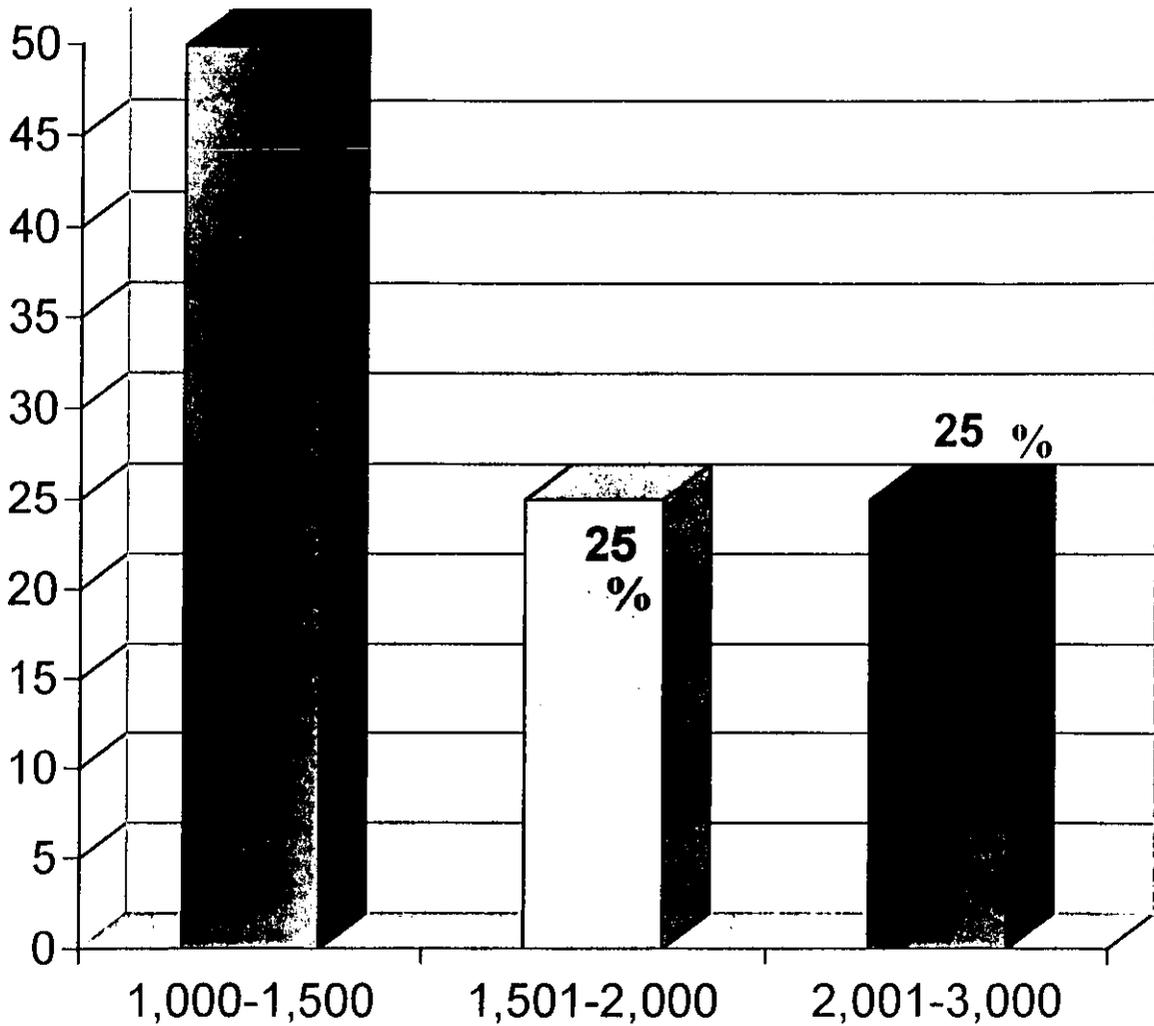
SALARIO MENSUAL Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES QUE TRABAJAN ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

SALARIO	F	%
1,000-1,500	8	50
1,501-2,000	4	25
2,001-3,000	4	25
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA NO. 17

SALARIO MENSUAL Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES QUE TRABAJAN ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No. 18

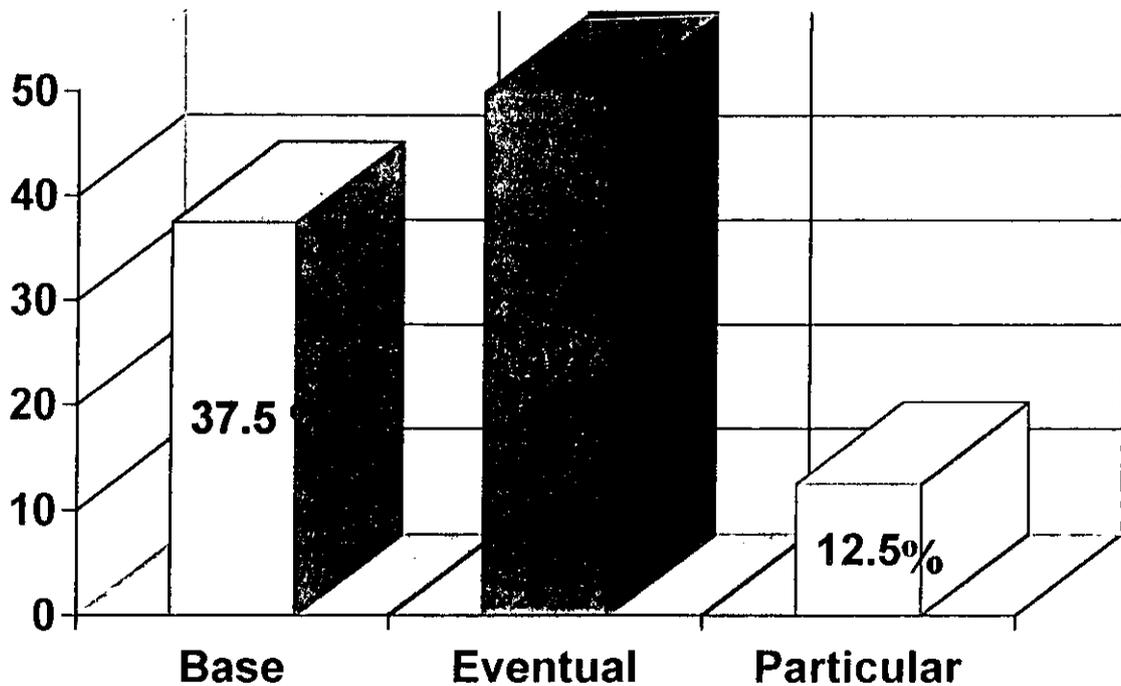
TIPO DE CONTRATACIÓN LABORAL Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

TIPO DE CONTRATACIÓN	F	%
Base	6	37.5
Eventual	8	50.0
Particular	2	12.5
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 18

TIPO DE CONTRATACIÓN LABORAL Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No. 19

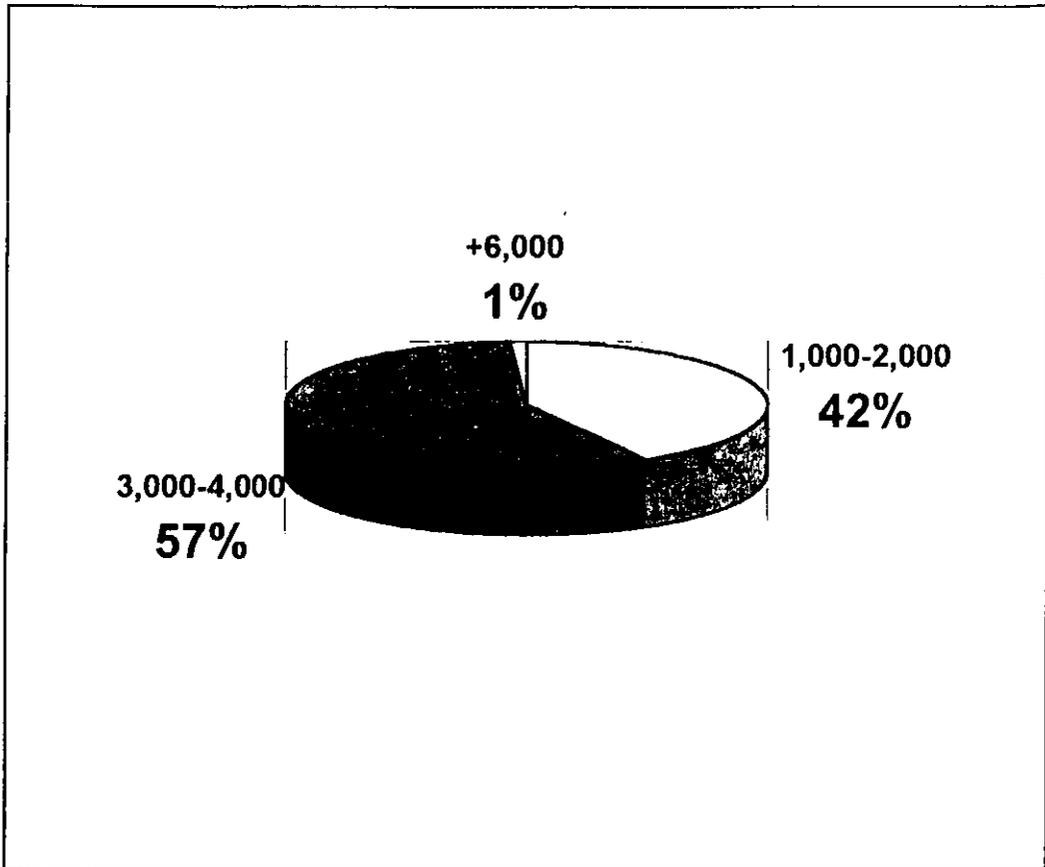
INGRESO MENSUAL FAMILIAR Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

INGRESO MENSUAL	F	%
1,000-2,000	80	42
3,000-4,000	108	57
+ 6,000	2	1
TOTAL	190	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 19

INGRESO MENSUAL FAMILIAR Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No. 20

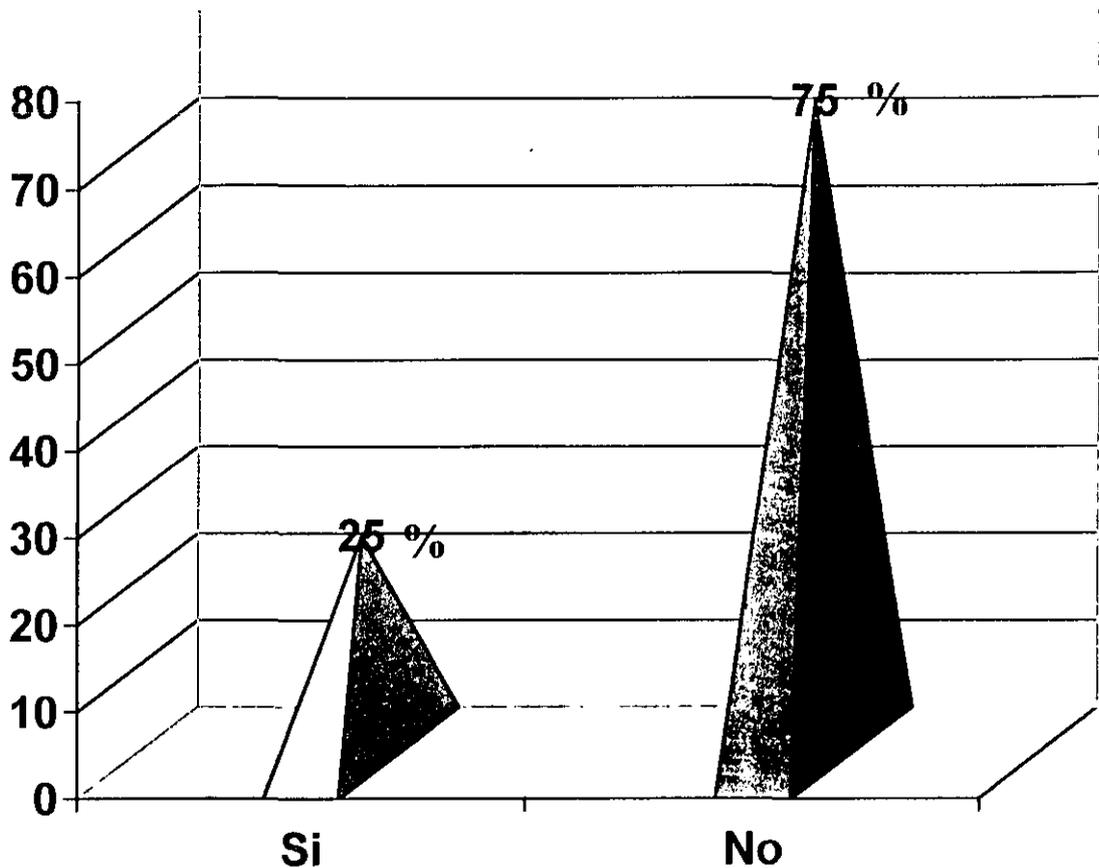
SERVICIO DE GUARDERIA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES QUE TRABAJAN Y FUERON ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

TIENE SERVICIO DE GUARDERIA	F	%
Si	4	25.0
No	12	75.0
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 20

SERVICIO DE GUARDERIA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES QUE TRABAJAN Y FUERON ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No.21

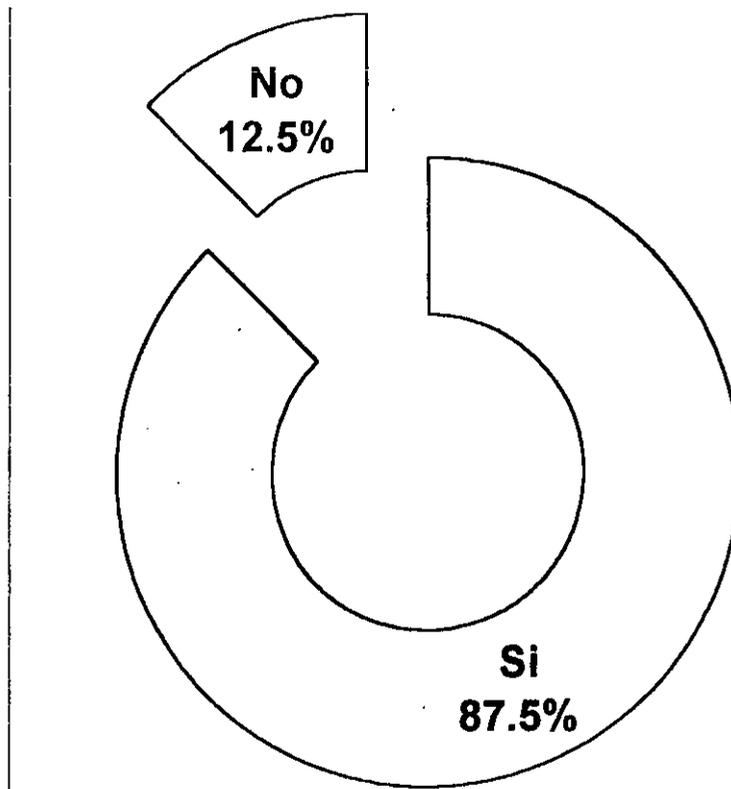
RECIBEN ATENCIÓN MÉDICA DE SU CENTRO DE TRABAJO Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

ATENCIÓN MÉDICA	F	%
Si	14	87.5
No	2	12.5
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000-

GRAFICA No.21

RECIBEN ATENCIÓN MEDICA DE SU CENTRO DE TRABAJO Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

CUADRO No. 21 BIS

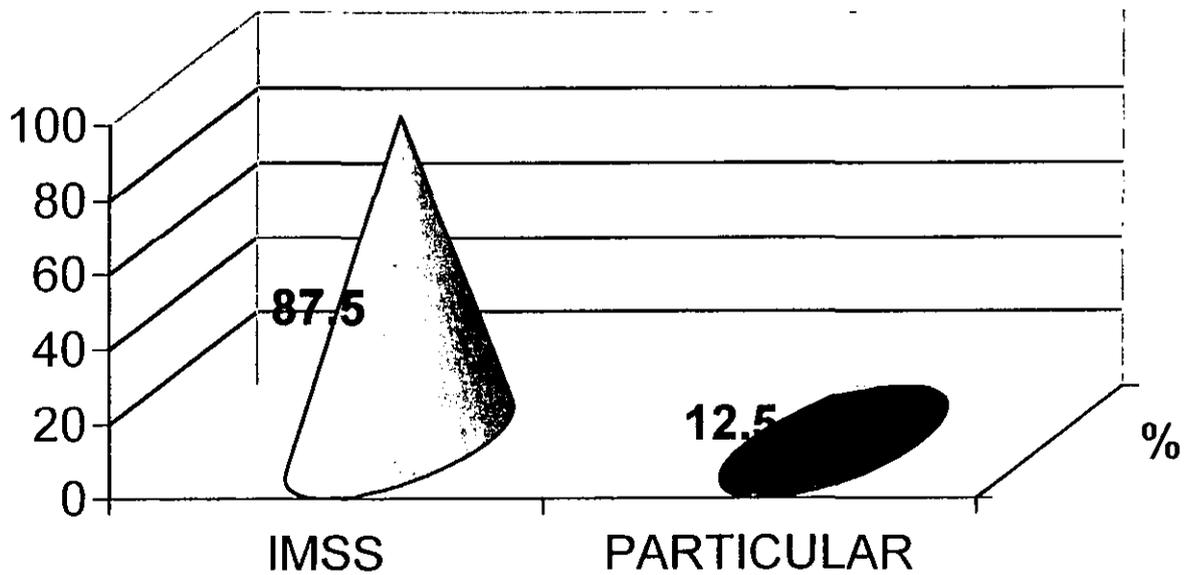
INSTITUCIÓN DONDE SE LE PROPORCIONA LA ATENCIÓN MÉDICA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES QUE TRABAJAN Y FUERON ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO

INSTITUCIÓN	F	%
IMSS	14	87.5
PARTICULAR	2	12.5
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

GRAFICA No. 21 BIS

INSTITUCIÓN DONDE SE LE PROPORCIONA LA ATENCIÓN MÉDICA Y FRECUENCIA DE LAS MUJERES QUE TRABAJAN Y FUERON ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO



Fuente: Encuesta directa con pacientes atendidas de parto eutócico en el Hospital General Los Mochis de Enero-Junio del año 2000.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el cuadro No. 1, que se refiere al grupo de edad en mujeres atendidas de parto eutócico se observa que el porcentaje mayor lo tienen las mujeres de 14 - 20 años de edad con un 42.1%, de 21-25 años con un 36.0%, de 26-30 años de edad el 15.7%, de 31-45 años de edad con un 5.2% y por último de 36-40 años de edad con 1.0%.

El cuadro No. 2, se relaciona con el estado civil de las mujeres atendidas de parto eutócico, los resultados muestran que el 42.1% son casadas, el 38.9% viven en unión libre y el 19.0% son solteras.

El cuadro No. 3, identifica los resultados en los que se refiere a la escolaridad de las mujeres atendidas de parto eutócico, el 46.3% tienen secundaria completa, el 19.0% primaria completa, el 9.4% preparatoria completa, el 4.2% estudios profesionales y aún el 1.0% son analfabetas.

En el cuadro No. 4, se refiere a la ocupación de las mujeres atendidas de parto eutócico, el 91.6% se dedican al hogar, el 6.3% son empleadas y el 2.1% se emplean en forma particular.

El cuadro No. 4 Bis, se identifica el turno que laboran las mujeres atendidas de parto eutócico, el 62.5% laboran un turno mixto, el 25.0% en turno matutino y el 12.5% en el turno vespertino.

En el cuadro No. 5, nos muestra el número de embarazos que tienen las mujeres atendidas de parto eutócico, el 70.5% han tenido de 1-2 embarazos, de 3-4 embarazos el 25.2%, y más de 5 embarazos el 4.3%.

El cuadro No. 6, se refiere a número de hijos en mujeres atendidas de parto eutócico, el porcentaje mayor lo presentaron en un 72.0% las que tuvieron de 1-2 hijos, de 3-4 hijos el 25.0%, mas de 5 hijos el 3.0%.

En el cuadro No. 7, se identifica la utilización de método de planificación familiar de las mujeres atendidas de parto eutócico, el 52.0% si utiliza método de planificación familiar y el 48.0% no lo utiliza.

En el cuadro No. 7 Bis, se muestra que tipo de método de planificación familiar utilizan las mujeres atendidas de parto eutócico, el 51.0% utiliza el DIU, el 22.4% hormonas orales, el 20.4% salpingoclasia, el 4.2% hormonas inyectables y por último el 2.0% el método de ritmo.

El cuadro No. 8, se refiere al control prenatal de las mujeres atendidas de parto eutócico, el 82.1% se llevaron control prenatal y el 17.9% no lo llevaron.

En el cuadro No. 8 Bis, se presentan las instituciones donde llevaron el control prenatal las mujeres atendidas de parto eutócico, el 77.0% lo llevaron en la S.S.A, y el 20.3% en servicios particulares.

El cuadro No. 9, se refiere a la práctica de lactancia materna exclusiva en las mujeres atendidas de parto eutócico, el 77.9% si lo practica y el 22.1% no lo practica.

En el cuadro No. 9 Bis, se refiere al motivo de abandono de lactancia materna en las mujeres atendidas de parto, el 66.7% lo abandonaron por rechazo del recién nacido, el 19.0% por enfermedad de la madre y el 14.3% por el trabajo.

El cuadro No. 10, refleja la orientación sobre lactancia materna que recibieron las mujeres atendidas de parto eutócico en el hospital general, el 83.2% si recibieron orientación y el 16.8% no la recibieron.

En el cuadro No. 11, muestra el servicio dónde recibieron orientación sobre lactancia materna las mujeres atendidas de parto eutócico, el 50.6% lo recibieron en el área de hospitalización, el 19.0% en tococirugía, el 14.0% en el control prenatal, 11.4% en recuperación y el 5.0% en valoración.

El cuadro No. 12, muestra el conocimiento de las ventajas de lactancia materna en las mujeres atendidas de parto eutócico, el 90.5% si las conoce, el 9.5% no las conoce.

En el cuadro No. 13, se refiere a la calidad de orientación sobre lactancia materna en mujeres atendidas de parto eutócico, en las que el 76.8% la consideraron de buena calidad, el 15.8% de mala calidad, el 7.4% de regular calidad. El grado de conocimiento de calidad se utilizó una escala de medición con los siguientes criterios: son de 100-90% de respuestas positivas serán consideradas como buena calidad, el 89-70% serán consideradas de regular calidad y del 69-50% de mala calidad.

El cuadro No. 14, muestra los resultados del tipo de construcción de la vivienda de las mujeres atendidas de parto eutócico con el 85.3% son de concreto y el 14.7% son de madera.

En el cuadro No. 15, se refiere a los resultados en cuanto al tipo de vivienda de las mujeres atendidas de parto eutócico, con un 69.5% es propia, el 20.0% es prestada y el 10.5% rentada.

El cuadro No. 16, muestra el balance nutricional de las mujeres atendidas de parto eutócico, el 61.0% se considera de buena calidad su alimentación, el 33.7% de regular calidad y el 5.3% de deficiente calidad.

Con respecto a la escala de medición, se clasificó por el número de veces de alimentos ingeridos a la semana, de acuerdo a la siguiente tabla:

5+ veces será considerada de buena calidad.

3-4 de regular calidad.

0-2 deficiente calidad.

En el cuadro No. 17, identifica el salario mensual de las mujeres que trabajan y fueron atendidas de parto eutócico, con un 50.0% tienen un salario de \$1,000-\$1,500 mensuales, el 25.0% de \$1,501-\$2,000 mensuales y por último el 25.0% de \$2,001-\$3,000 mensuales.

El cuadro No. 18, se refiere al tipo de contratación laboral de las mujeres atendidas de parto eutócico, el 50.0% tiene contratación eventual, el 37.5% son de base, el 12.5% particular.

En el cuadro No. 19, muestra el ingreso mensual familiar de las mujeres atendidas de parto eutócico, el 57.0% tienen ingresos de \$3,000-\$4,000 pesos mensuales, el 42.0% de \$1,000-\$2,000 pesos y el 1.0% + de \$6,000 pesos mensuales.

El cuadro No. 20, se refiere a las mujeres que trabajan y cuentan con servicio de guardería y que fueron atendidas de parto eutócico, el 75.0% no cuenta con servicios de guardería y el 25.0% si cuenta.

En el cuadro No. 21, nos muestra si reciben atención médica en su centro de trabajo las mujeres atendidas de parto eutócico, el 87.5% si reciben atención médica y el 12.5% no reciben atención médica.

El cuadro No. 21 Bis, se refiere a la institución dónde se le proporciona la atención médica a las mujeres que trabajan y que fueron atendidas de parto eutócico, el 87.5% la reciben en el IMSS y el 12.5% en servicios particulares.

3.2 COMPROBACIÓN DE LA HIPOTESIS

La hipótesis general se comprobó ya que los factores de abandono de la lactancia materna exclusiva de las mujeres atendidas de parto eutócico fue: la incorporación a fuentes de trabajo, el desconocimiento de información y situaciones socioeconómicas.

La hipótesis de trabajo también se comprobó, que a mayor conocimiento de información, modificación de factores socioeconómicos, incorporación tardía al área laboral, menor será el abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres atendidas de parto eutócico.

La hipótesis nula se disprueba ya que, existe relación entre la incorporación temprana a laborar, desconocimiento de información y situaciones socioeconómicas influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en las mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General de Los Mochis.

De acuerdo a los resultados obtenidos los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en las mujeres atendidas de parto eutócico fueron: el rechazo del recién nacido, la enfermedad de la madre y la incorporación al trabajo.

CONCLUSIONES

La metodología que se desarrollo en esta investigación fue:

Planteamiento del problema.

Cuales son los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General de Los Mochis.

Consideramos de gran relevancia conocer estos factores de abandono ya que, En todas partes del mundo se están haciendo esfuerzos para fomentar la lactancia materna, en México se han constituido los hospitales amigos de la madre y el niño los cuales tienen como fin principal la promoción de la lactancia materna exclusiva, tratando de eliminar mitos y desinformación que domina la opinión popular y propicia el abandono de la lactancia materna.

Múltiples investigaciones han demostrado el valor tan importante de la lactancia materna, en la prevención de menor número de problemas digestivos, infecciones respiratorias, desnutrición. Un evento importante es el beneficio que se puede ofrecer a los recién nacidos.

La lactancia materna satisface todas las necesidades del bebé , es psicológicamente benéfica para el niño puesto que le permite obtener una sensación de seguridad al primer contacto íntimo con su madre, el hecho de alimentarlo al pecho materno, proporciona la primera oportunidad para el desarrollo de esa sensación de seguridad, le permite la continuidad de su relación emocional, iniciada en ocasiones intrauterinamente.

De acuerdo con los resultados obtenidos se llega a las siguientes conclusiones:

- El objetivo general de la investigación se cumplió, ya que se identificaron los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en las mujeres atendidas de parto eutócico. Estos factores son: rechazo del recién nacido, enfermedad de la madre y por el trabajo.

- Los objetivos específicos también se cumplieron ya que se detectó el grado de conocimiento de lactancia materna exclusiva en mujeres atendidas de parto eutócico.

De las 190 mujeres que se entrevistaron, 172 conocen las ventajas de la lactancia materna exclusiva. Por otra parte se especificó la información y orientación proporcionada por el personal de enfermería a las pacientes desde el control prenatal hasta el término del embarazo acerca de lactancia materna de las cuales 158 recibieron información y orientación.

En el área de hospitalización con un 50.6%, en tococirugía un 19.0%, en control prenatal 14.0%, en recuperación de ginecología el 11.4%, en valoración 5.0%.

- El tipo de investigación que se realizó es diagnóstica, transversal, descriptiva y analítica.
- El diseño que se utilizó es de carácter experimental, debido a que las variables no fueron manipuladas sino que las variables ya habían sucedido.
- La hipótesis general se comprueba ya que la incorporación a fuentes de trabajo, desconocimiento de información y situaciones socioeconómicas son factores que influyen en el abandono de la lactancia materna.
- La hipótesis de trabajo se comprueba, que a mayor conocimiento de información, modificación de factores socioeconómicos e incorporación tardía al área laboral, menor será el abandono de la lactancia materna.
- La hipótesis nula se disprueba porque existe relación entre la incorporación temprana a laborar, desconocimiento de información y situaciones socioeconómicas en los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna.
- Las variables dependientes son los factores socioeconómicos, desconocimiento de información e incorporación temprana al área laboral.
- Las variables independientes son el abandono de la lactancia materna.
- El método de selección de participantes fue: Universo 1216 mujeres embarazadas y atendidas en el Hospital General durante el período

comprendido de Enero-Junio del año 2000. Población 802 mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General. Muestra 190 mujeres atendidas de parto eutócico que viven en el área urbana y colonias aledañas conocidas en la ciudad, y que se encuentren dentro del período de estudio.

- El Marco teórico conceptual y referencial, está sustentado por la revisión de la literatura con la que desarrollamos nuestra investigación así como sus antecedentes.
- Recolección de datos, los iniciamos en el archivo de tococirugía para obtener los domicilios de las mujeres atendidas de parto eutócico en el período de Enero a Junio del 2000. Después se realizaron visitas domiciliarias aplicando el instrumento de trabajo, especialmente diseñado para éste fin y validado por el maestro asesor.

Finalmente se vaciaron los datos de las cédulas a través del método de paloteo para ser analizados.

- Presentación, análisis e interpretación de resultados: a través de un paquete para gráficas (EXCEL) se elaboraron cuadros y gráficas de distintos tipos, de los datos correspondientes a variables e indicadores de los factores de abandono de la lactancia materna. Se utilizaron escalas de medición con criterios que validaron los investigadores de acuerdo a una tabla de valores que se aplicaron dependiendo el tipo de indicador.
- De los resultados obtenidos los mas significativos son: el grupo de edad de las mujeres atendidas de parto eutócico se encuentran de 14-20 años de edad, el estado civil de estas mujeres son casadas, la escolaridad es de secundaria completa, se dedican al hogar y el 8.4 trabajan, tienen de 1-2 embarazos y de 1-2 hijos, el 82.1% llevan control prenatal y el 77.9% practican la lactancia materna exclusiva.
- Los motivos de abandono al seno materno exclusivo en mujeres atendidas de parto eutócico son: rechazo del recién nacido con el 66.7%, enfermedad de la madre 19.9% y por el trabajo 14.3%.

comprendido de Enero-Junio del año 2000. Población 802 mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital General. Muestra 190 mujeres atendidas de parto eutócico que viven en el área urbana y colonias aledañas conocidas en la ciudad, y que se encuentren dentro del período de estudio.

- El Marco teórico conceptual y referencial, está sustentado por la revisión de la literatura con la que desarrollamos nuestra investigación así como sus antecedentes.
- Recolección de datos, los iniciamos en el archivo de tococirugía para obtener los domicilios de las mujeres atendidas de parto eutócico en el periodo de Enero a Junio del 2000. Después se realizaron visitas domiciliarias aplicando el instrumento de trabajo, especialmente diseñado para éste fin y validado por el maestro asesor.

Finalmente se vaciaron los datos de las cédulas a través del método de paloteo para ser analizados.

- Presentación, análisis e interpretación de resultados: a través de un paquete para gráficas (EXCEL) se elaboraron cuadros y gráficas de distintos tipos, de los datos correspondientes a variables e indicadores de los factores de abandono de la lactancia materna. Se utilizaron escalas de medición con criterios que validaron los investigadores de acuerdo a una tabla de valores que se aplicaron dependiendo el tipo de indicador.
- De los resultados obtenidos los mas significativos son: el grupo de edad de las mujeres atendidas de parto eutócico se encuentran de 14-20 años de edad, el estado civil de estas mujeres son casadas, la escolaridad es de secundaria completa, se dedican al hogar y el 8.4 trabajan, tienen de 1-2 embarazos y de 1-2 hijos, el 82.1% llevan control prenatal y el 77.9% practican la lactancia materna exclusiva.
- Los motivos de abandono al seno materno exclusivo en mujeres atendidas de parto eutócico son: rechazo del recién nacido con el 66.7%, enfermedad de la madre 19.9% y por el trabajo 14.3%.

El grupo investigador infiere que el rechazo del recién nacido y la enfermedad de la madre se debe a la falta de información, orientación y concientización de la importancia de alimentar al recién nacido al seno materno exclusivo por lo menos los primeros seis meses de vida.

RECOMENDACIONES

Con base a las anteriores conclusiones, se hacen las siguientes recomendaciones, aprovechando esta oportunidad que la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma de Sinaloa a través de la Escuela de Enfermería Mochis nos dio de superarnos profesionalmente estudiando la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia finalizando nuestro estudio con un trabajo de investigación el cual realizamos y deseamos que se abran espacios dentro del Hospital General de Los Mochis Sinaloa y en muchos otros lugares dónde sabemos que podemos tener una importante participación, de las cuales detallamos a continuación:

- Recomendar a las madres que mantengan una lactancia materna en medida de lo posible, exclusiva durante sus primeros meses de vida, es decir entre el cuarto o sexto mes de vida posnatal, pero principalmente que lleven una lactancia materna por lo menos de un año de duración.
- Favorecer a los niños que ingresan al hospital con padecimientos infecciosos, sobre todo en gastroenteritis, infecciones respiratorias agudas, brindando desde su nacimiento los beneficios de la leche materna exclusiva.
- Aumentar más la calidad de atención y promoción a la lactancia materna.
- Tener presente que se cuenta con profesionales preparadas para ofrecer prevención, educación y atención a la salud materno-infantil, de la población mexicana.
- Promover dentro de nuestro Hospital la instalación de la Clínica de Lactancia que brinde atención especializada y servicio oportuno a aquellas madres que por diversas causas presentan problemas para amamantar o tienen riesgo de abandonar la lactancia materna y requieren de un seguimiento estrecho.

- Brindar apoyo a la lactancia materna formando grupos de apoyo a las madres y grupos de apoyo a la lactancia así como participar en el programa de control del niño sano.
- Reforzar en las escuelas de secundaria y preparatoria los programas de educación sexual y desintegración familiar.
- Por último que se realice un estudio posterior para determinar los factores de rechazo del recién nacido al seno materno.

GLOSARIO DE TERMINOS

- **ABANDONO:** Incumplimiento de la obligación legal de suministrar alimentos a quien tiene derecho a recibirlos.
- **ABLACTACION:** Inicio de la ingestión de otros alimentos además de la leche materna (3er. o 4to. Mes por regla).
- **ADOLESCENCIA:** Es un período de transición, su comienzo y la duración es variable, además marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta.
- **ALOJAMIENTO CONJUNTO:** "También llamada habitación compartida", consiste en brindar atención a la madre y al recién nacido de tal manera que se favorezca el contacto precóz desde el momento del nacimiento y durante el tiempo que permanezca en la unidad con motivo del parto, la madre y el recién nacido.
- **APEGO:** Afección particular.
- **BANAL:** Trivial, común, insustancial.
- **BENEFICIO:** Bien hecho o recibido, utilidad, provecho.
- **CALOSTRO:** Líquido relativamente claro secretado por las mamas durante los tres primeros días después del parto, antes de que se tome la leche verdadera.

- Brindar apoyo a la lactancia materna formando grupos de apoyo a las madres y grupos de apoyo a la lactancia así como participar en el programa de control del niño sano.
- Reforzar en las escuelas de secundaria y preparatoria los programas de educación sexual y desintegración familiar.
- Por último que se realice un estudio posterior para determinar los factores de rechazo del recién nacido al seno materno.

GLOSARIO DE TERMINOS

- **ABANDONO:** Incumplimiento de la obligación legal de suministrar alimentos a quien tiene derecho a recibirlos.
- **ABLACTACION:** Inicio de la ingestión de otros alimentos además de la leche materna (3er. o 4to. Mes por regla).
- **ADOLESCENCIA:** Es un periodo de transición, su comienzo y la duración es variable, además marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta.
- **ALOJAMIENTO CONJUNTO:** "También llamada habitación compartida", consiste en brindar atención a la madre y al recién nacido de tal manera que se favorezca el contacto precóz desde el momento del nacimiento y durante el tiempo que permanezca en la unidad con motivo del parto, la madre y el recién nacido.
- **APEGO:** Afección particular.
- **BANAL:** Trivial, común, insustancial.
- **BENEFICIO:** Bien hecho o recibido, utilidad, provecho.
- **CALOSTRO:** Líquido relativamente claro secretado por las mamas durante los tres primeros días después del parto, antes de que se tome la leche verdadera.

- **CRECIMIENTO:** Proceso normal del incremento del tamaño de una célula, órgano, aparato, sistema u organismo como resultado de la hiperplasia y la hipertrofia.
- **DESNUTRICION:** Depauperación del organismo originada por trastornos de la nutrición y falta de proporción entre lo asimilado y lo eliminado.
- **DESTETE:** Es el retiro absoluto de la alimentación al seno materno.
- **EDUCACION:** Acción y efecto de educar, formar, instruir.
- **EMBARAZO:** Conjunto de fenómenos que incluyen la fecundación, la implantación, desarrollo embrionario y fetal.
- **EMPLEO:** Ocupación, oficio, destino.
- **ENFERMEDAD:** Cualquier desviación o interrupción de la estructura y función normales de cualquier parte del cuerpo. Se manifiesta por un conjunto característico de signos y síntomas.
- **GALACTOPOYESIS:** Es el mantenimiento de la producción de leche por la interacción de la prolactina y de la oxitocina.
- **INMUNOGLOBULINAS:** Proteínas de alto peso molecular producidas por los linfocitos B, que se pueden combinar con antígenos tales como bacterias, y producir una enfermedad autoinmune.
- **LACTANCIA:** Secreción de leche amamantamiento; período durante el cual el niño se nutre del seno materno.
- **LACTANCIA MATERNA:** Se define como la alimentación del lactante al seno de la madre. Proceso mediante el cual la naturaleza provee el alimento óptimo para el bebé recién nacido.
- **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:** Alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones, durante no más de 6 meses.
- **LACTANTE:** Niño menor de un año de edad.
- **LACTOGENESIS:** Se denomina así al inicio de la producción de leche.
- **LECHE MADURA:** Se produce a partir del décimo día con un volumen promedio diario de 700 a 800 ml.

- **LECHE DE PREMATURO:** Leche con un contenido mayor de sodio y proteínas, menor de lactosa e igual de calorías que la leche madura.
- **LECHE DE TRANSICION:** Esta leche presenta un aumento de contenido de lactosa, grasa, calorías y vitaminas hidrosolubles, con una disminución en las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles.
- **MAMOGENESIS:** Es la serie de cambios estructurales que ocurren en las glándulas mamarias desde el nacimiento hasta la senectud.
- **MITOS:** Tradición alegórica que tiene por base un hecho real histórico o filosófico.
- **NUTRICION:** Suma total de los procesos por lo que los organismos vivos reciben y utilizan los materiales diarios para sobrevivir, crecer y reparar los tejidos desgastados.
- **OBSTETRICIA:** Es la rama de la medicina que trata del embarazo y del parto, el estudio de la función fisiológica, patológica del sistema reproductor de la mujer, así como de los cuidados de la madre y el feto, durante el embarazo, parto y puerperio.
- **ORIENTAR:** Informar a uno de lo que se ignora, aconsejarle de la forma más aceptada de hacer algo.
- **PACIENTE OBSTETRICA:** Dicese de aquella persona que de acuerdo con su estado gestacional requiere de atención en una unidad hospitalaria o una unidad de atención obstétrica.
- **PARTO:** Proceso mediante el cuál el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales.
- **PERINATAL:** Se emplea en función del recién nacido y comprende desde el nacimiento hasta los 28 días después.
- **PRECALOSTRO:** Formado por un exudado de plasma celular inmunoglobulinas lactoferina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.

- **PRENATAL:** Consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada con objeto de apreciar oportunamente factores que puedan complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido de manera que se pueda señalar el tratamiento oportuno.
- **PUERPERIO:** Etapa que se inicia al terminar el tercer período de parto y que concluye con la involución de los órganos genitales maternos.
- **RECIEN NACIDO:** Se aplica al producto de la concepción proveniente de un embarazo de 20 o más semanas desde su nacimiento hasta que cumple 28 días.
- **RECHAZO:** Aprisionamiento en el subconsciente del recuerdo de ideas, de emociones y que es impedida la exteriorización por barreras psíquicas involuntarias.
- **SALUD:** Estado de un ser orgánico exento de enfermedades.
- **SEXUALIDAD:** Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo.
- **SUCEDANEOS DE LA LECHE:** Leche de mamífero modificada para adecuarla a la especie humana, alimento comercializado, presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.
- **VENTAJA:** Superioridad de una persona o una cosa respecto de otra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HELSING Elizabeth, "Guía práctica para una buena lactancia", 2da Edición, Ed. Pax México, 1983. 279 p.
- COMITÉ NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA. Secretaria de Salud. "Lactancia Materna"
- BRONYS, F.S.K. "Manual de pediatría", Ed. Manual Moderno, México, 1992.
- AGUILAR, Isidro. Enciclopedia Familiar, "Vida Amor y Sexo", 2da Edición, Ed. Safeliz 1990.
- KUMATE. J. "Manual de Alojamiento conjunto y Lactancia Materna" Secretaria de Salud.
- SHOLTIS, Lillian, "Manual de la Enfermera" 4ta. Edición, Ed. Interamericana, México 1991.
- SAN MARTIN, H. "Salud y Enfermedad de prensa Médica Mexicana", México 1991.
- ROMANILLOS, T. "El primer año del Bebé", México, 1995.
- BAYLY , Ellen, "Enciclopedia de la Enfermera", Editorial Océano grupo Editorial S.A. México.
- LEWIS, T.L.J. y CHAMBERLAN G.V.P. "Obstetricia", Editorial Manual Moderno, México, 1994.
- VAZQUEZ, H. "Lactancia Materna lo que no debemos olvidar ", Ed. Trillas, México, 1995.
- HERNANDEZ, L. "Manual de Lactancia Materna, Alojamiento conjunto, siempre juntos", México, D.F. 1995.

- MONDRAGON, Hector, "Obstetricia Básica Ilustrada", Ed. Trillas, México, 1991.
- PERNOL, Martin, "Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétricos", Ed. Manual Moderno, México 1993.
- WELLSTART, "El programa de Lactancia de San Diego", Manual de Lactancia Materna, OPS, UNICEF.
- GUYTON, A.C. "Tratado de Fisiología Médica", Ed. Interamericana, México, 1986.
- JUNCA, Ventura. "Nutrición y alimentación del recién nacido en Manual de Neonatología". Ed. Mediterráneo, México, 1985.
- FRIESNER, Et. Al. "Cuidados de Enfermería durante el puerperio en, enfermería Materno Infantil". Editorial El Manual Moderno, México, 1984.
- Informe de la situación de la lactancia materna en España. ACPAM junio 1994.
- Estatuto de los trabajadores Abril 1995.
- Revista: "Mi bebé y yo" No. 55. Diciembre 1996.
- Lactancia Materna. Manual para profesionales. Royal Cllege of Midwives la. Edición 1988.
- Revista: "Investigación y Ciencia" Artículo: "Así protege la leche de la madre al recién nacido". Febrero 1996.
- La revolución del nacimiento. En busca de un parto más humano y menos traumático. Capítulo "La Lactancia", pág. 113-123.
- Recomendaciones generales de la OMS sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé.

- Libreto de UNICEF.
- Protección, promoción y apoyo de la Lactancia Natural. Declaración Conjunta OMS/UNICEF.