



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA**



**"REPERCUSION DE LA ORIENTACION BRINDADA POR EL  
PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE LACTANCIA MATERNA  
EN LA MANIFESTACION DE COMPLICACIONES EN MUJERES  
PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TERMINO QUE FUERON  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN  
"JOSE VICENTE VILLADA" DEL INSTITUTO DE SALUD DEL  
ESTADO DE MEXICO"**

**T E S I S            G R U P A L**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y  
O B S T E T R I C I A**  
P R E S E N T A N :  
**GUERRERO RAMIREZ JUAN CARLOS  
OLGUIN ALEMAN MIRIAM  
SILVA FABELA YOLANDA**

*R. Gómez López*  
DIRECTOR DE TESIS: LIC. RAUL RÚTILO GÓMEZ LOPEZ

MEXICO, D. F., OCTUBRE 2001



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.

## AGRADECIMIENTOS

*“ Al fin comprendí que no puede el hombre hallar razón de todas las obras de Dios. Así como ignora por donde se compaginan los huesos en el vientre de la que está encinta, así tampoco puede conocer las obras de Dios, hacedor de todas las cosas”.*

Eclesiastés

A Dios gracias por la dicha de la vida, por los momentos en los cuales nos pone a prueba y que por más difíciles que parezcan, la esperanza de salir siempre avantes nos llega desde tu gran cariño de padre, gracias por no dejarnos desistir.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

*“ Sólo hay un bien: el conocimiento. Sólo hay un mal: la ignorancia “*

Sócrates

A nuestra segunda casa, porque gracias a los profesores que en ella laboran, con magnos conocimientos del área de la salud, pero más aun por su maravilloso calor humano. Por ese espíritu de calidad y calidez que nos inculcaron, y así al invitarnos a la superación, el día de hoy estamos aquí, gracias.

AL PROFESOR:

RAÚL RUTILO GÓMEZ LÓPEZ

A quien sin duda, sin su apoyo, paciencia y comprensión, no habríamos logrado terminar este trabajo. Porque gracias a él pudimos plasmar nuestras ideas. Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer ese esfuerzo constante, sólo queremos que sienta que el objetivo logrado también es suyo, y que la fuerza que nos ayudó a conseguirlo fue su incondicional apoyo, su forma de lucha nuestro ideal, su sacrificio nuestro aliento y su esfuerzo constante la fuerza de nuestra voluntad.

Con admiración y respeto.

## AGRADECIMIENTOS

### A MIS PADRES Y HERMANOS

#### JOSÉ LUIS Y MARIA DE JÉSUS

Infinitamente agradezco a ustedes Papá, Mamá, que siempre velaron por mí desde niño y me impulsaron a seguir siempre adelante aún cuando hubo algunas dudas y tropiezos. Les doy las gracias por todo su apoyo y comprensión que me han brindado en todo momento. Para mí siempre serán los mejores.

José Luis, Azucena, Víctor Hugo y Alejandra. gracias por ser los hermanos que cualquier persona desearía tener, no sólo son mis más grandes tesoros, son mi familia a ustedes les debo todo, gracias y recuerden el triunfo de uno es de todos. Sigán adelante.

#### YOLA ESPOSA MIA:

Yolanda quiero compartir con tigo esté triunfo, que es nuestro, y orgullosamente expresarte que el destino que Dios preparo para mí eres tu, gracias por tu comprensión y tu apoyo incondicional. Gracias a tu amor el día de hoy culmina ésta etapa tan importante. Por la oportunidad que me diste de ser lo que soy, nuevamente gracias.

#### AMIGOS:

Amigos que decir, cuando más los necesite ahí estuvieron. Yolanda y Miriam nunca se olviden del esfuerzo que tuvimos que realizar para terminar este proyecto, sigan adelante siempre, nunca se olviden del Villada. Ok.

Juan Carlos Guerrero Ramírez.

## DEDICATORIAS

CON TODO MI AMOR PARA  
LAS TRES PERSONAS QUE MAS IMPORTANTES EN MI VIDA  
A MI ESPOSA Y MIS HIJOS  
YOLANDA, DAMIÁN Y EL QUE VIENE EN CAMINO.

Juan Carlos Guerrero Ramírez.

## AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

Desde que me dieron la vida me han cuidado con delicadeza, me educaron y me han dado la mejor de las herencias, que es una carrera profesional; el tener ideales y poderlos cumplir, es muy satisfactorio, siempre han estado conmigo, me han apoyado, tienen paciencia y siempre me han alentado a seguir adelante, el cumplir esos ideales es gracias a ustedes, gracias por todo.

“Fueron jóvenes los viejos  
pero la vida se ha ido desgranando en el espejo  
y serán viejos los jóvenes  
pero no lo divulguemos que hasta las paredes oyen”.

Miriam Olguin Aleman.

## AGRADECIMIENTOS

### A MIS PADRES:

Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que al final juntos lográramos convertir en realidad un sueño tan anhelado, el cual es para mi la mejor herencia.

### A MIS HERMANOS:

Por el apoyo moral su cariño y comprensión que desde siempre me han brindado.

### A MIS AMIGOS:

Que de una u otra forma me motivaron a seguir adelante, y por los consejos que me dieron cuando más los necesite.

### A MIRIAM Y JUAN CARLOS:

Por su amistad, por estar conmigo en los momentos difíciles y no permitirme flaquear.

Yolanda Silva Fabela

## DEDICATORIAS

### A MIS PADRES:

Que me dieron la vida y la enseñanza del valor humano con ejemplo de rectitud y humildad.

“El bien o el mal del hombre maduro  
tiene una relación muy estrecha  
con la vida infantil que la formó”.

### A MIS HERMANOS:

Recordándoles que hay tiempo para todo y no hay que adelantarse al tiempo.

“No pares, sigue adelante  
no desmayes en tu afán  
si quieres salir triunfante”.

Yolanda Silva Fabela.



i	<u>INTRODUCCIÓN</u>	i
1	<u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	1
	1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2	<u>MARCO TEÓRICO</u>	2
	2.1 DESCRIPCIÓN ANATÓMICA DE LA GLÁNDULA MAMARIA Y SU FISIOLÓGÍA	3
	2.1.1 Embriología.	3
	2.1.2 Anatomía de la glándula mamaria.	4
	2.1.3 Fisiología de la lactancia	6
	2.1.4 Inmunología de la leche humana	8
	2.1.5 Inmunoglobulinas	8
	2.1.6 Elementos celulares	9
	2.1.7 Otros factores	10
	2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA LACTANCIA	11
	2.2.1 La nodriza.	12
	2.2.2 Antecedentes históricos de la lucha por retomar la lactancia materna.	12
	2.2.3 Organizaciones mundiales en defensa de la lactancia materna.	15
	2.3 MARCO LEGAL DE LA LACTANCIA MATERNA	18
	2.3.1 Programa Del Hospital Amigo Del Niño Y De La Madre.	18
	2.3.2 Ley General Del Trabajo.	21
	2.3.3 Ley General De Salud.	22
	2.3.4 Una declaración en conjunto ONU y el UNICEF: Apoyo a la Lactancia Natural.	24
	2.3.5 Plataforma por los derechos del nacimiento.	25
	2.3.6 Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, OMS/UNICEF, 1981	26
	2.4 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA LACTANCIA MATERNA	27
	2.4.1 Participación de enfermería en el programa de lactancia materna.	27
	2.4.2 Participación de enfermería en el control prenatal como promotora de la lactancia materna.	28
	2.4.3 Cuidados de enfermería a la mujer embarazada en la unidad de toco cirugía, en las diferentes etapas del trabajo de parto.	32
	2.4.4 Promoción de la lactancia materna: una tarea de enfermería.	35
	2.5 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.	37
	2.5.1 Generalidades.	37
	2.5.2 Biológicos.	38
	2.5.2.1 Efectos anticonceptivos y sexuales.	38
	2.5.2.2 Beneficios para el bebé.	39

INDICE		PAG.
	2.5.2.3 Beneficios para la madre.	41
2.5.3	Beneficios económicos y sociales.	42
	2.5.3.1 Beneficios para la familia.	42
	2.5.3.2 Beneficios para la sociedad.	43
2.6	LACTANCIA ARTIFICIAL	43
2.6.1	Riesgos ecológicos	46
2.7	PRÁCTICA CORRECTA DE LA LACTANCIA MATERNA.	46
2.7.1	Técnicas, posiciones y posturas.	48
2.7.2	Nutrición en el amamantamiento.	62
	2.7.2.1 La madre.	62
2.7.3	Dieta en el amamantamiento.	62
2.7.4	Los líquidos y las kilocalorías en la lactancia.	64
2.7.5	Ablactación y destete.	64
	2.7.5.1 Riesgos de una ablactación temprana.	66
2.8	ORIENTACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA.	67
2.8.1	Orientación y adiestramiento de profesionales de la salud y otros trabajadores en esa rama.	67
2.8.2	Orientación de maestros y trabajadores de divulgación.	67
2.8.3	Prácticas de los servicios de salud.	68
2.9	LACTANCIA MATERNA Y LOS FÁRMACOS.	68
2.9.1	Aspectos farmacológicos.	69
2.9.2	Compartimento materno.	69
2.9.3	Secreción láctea.	70
2.9.4	Fármacos de uso común	71
2.10	FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA LACTANCIA.	72
2.10.1	Teorías de la lactancia materna.	73
2.10.2	Errores y supersticiones.	76
	2.10.2.1 Superstición tradicional.	77
	2.10.2.2 Superstición moderna.	77
	2.10.2.3 Mitos.	77
2.10.3	La familia.	78
	2.10.3.1 Vinculación.	80

	INDICE	PAG.
2.11	TRASTORNOS DE LA LACTANCIA	83
2.11.1	Nutrición de la madre en vecindarios pobres.	83
2.11.2	Nutrición de la madre, determinante crucial de la salud futura de una población.	84
2.11.3	Secuelas del amamantamiento en la salud de la madre.	85
3	<u>JUSTIFICACIÓN</u>	87
4	<u>OBJETIVOS</u>	89
5	<u>HIPÓTESIS</u>	90
6	<u>METODOLOGÍA</u>	91
6.1	TIPO DE ESTUDIO.	91
6.2	POBLACIÓN.	91
6.3	CRITERIOS DE SELECCIÓN.	93
6.3.1	Criterios de inclusión.	93
6.3.2	Criterios de exclusión.	93
6.3.3	Criterios de eliminación.	93
6.4	VARIABLES.	94
6.4.1	Variable independiente: Complicaciones de la lactancia materna en mujeres primigestas. Tipo de la variable: Cualitativa	94
6.4.2	Variable dependiente: Orientación brindada por el personal de enfermería sobre lactancia materna. Tipo de la variable: Cualitativa.	94
6.5	INDICADORES.	94
6.5.1	Indicadores sociodemográficos.	94
6.5.2	Indicadores gineco-obstétricos.	95
6.5.3	Indicadores de las complicaciones de la lactancia materna.	95
6.5.4	Indicadores de la orientación sobre lactancia materna.	95
6.6	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	96
6.6.1	Observación.	96
6.6.2	Entrevista.	96
6.7	RECURSOS.	98
6.7.1	Recursos humanos.	98
6.7.2	Recursos materiales.	98
6.7.3	Recursos financieros.	98
6.8	VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS.	98

	INDICE	PAG.
7	<u>DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS</u>	99
8	<u>ANÁLISIS DE RESULTADOS</u>	148
9	<u>CONCLUSIONES</u>	156
10	<u>RECOMENDACIONES</u>	159
11	<u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	161
12	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	167
13	<u>ANEXOS</u>	174

## INTRODUCCIÓN

En México como en otras naciones se han realizado muchos intentos por proteger a la población materno-infante de complicaciones que se interponen en la lactancia materna exitosa; en ese intento se protege primordialmente al lactante, por lo que este trabajo pretende marcar los puntos claves por los que la lactancia materna es tan importante, sobre todo en un país en vías de desarrollo como lo es el nuestro, no debemos olvidarnos de que la situación económica, social y cultural de nuestra nación es el factor más importante para que se establezcan programas adecuados, con las características particulares de cada población: dichos programas engloban un arduo trabajo de parte de los trabajadores de la salud y se debe luchar para que se retome la lactancia al seno materno logrando así se pierdan menos vidas de las que por ignorancia o por otros factores propios de la desigualdad social se pierden día con día.

Para nosotros la realización de este trabajo enmarca no sólo los beneficios propios de la lactancia sino también tratamos de dar un panorama general, enfocado a proporcionar información de otras materias que se encuentran directamente ligadas como parte de la interdisciplina que como universitarios debemos de tener en cuenta a lo largo de nuestra vida profesional, primero como estudiantes y después como parte del engranaje laboral que es el motor de nuestra nación.

Los factores económicos, culturales, psicológicos y sociales propios de la urbanización, el refinamiento cultural y la falta de orientación apropiada, parecen ser los responsables, de un tipo de fracaso de la lactancia como si estuviera directamente ligado a circunstancias de este tipo ya sea la carencia de alguna o el rechazo de las mismas como perjuicio de la vida moderna. Y a decir verdad este es el principio de nuestra investigación, no es la invención de la lactancia materna, si no el determinar los resultados del trabajo realizado por el personal de enfermería dentro de los aspectos propios de la enseñanza-aprendizaje, realizado en el hospital, dirigido a nuestra población, y por ende identificar las complicaciones que hacen que se fracase en la lactancia materna por falta de orientación.

Esperando que esta investigación al ser leída aporte los fundamentos necesarios para la realización de futuras investigaciones en esta materia, y que sea el inicio de la profesionalización de los futuros consultores en lactancia materna, para lograr disminuir los altos índices de morbi-mortalidad en el infante que se tienen actualmente por el desconocimiento de los beneficios de la alimentación al seno materno.

Dentro de nuestro trabajo, la parte conceptual está integrada por la descripción anatómica y fisiológica de la glándula mamaria, así como, de los componentes de la leche humana, esto con el fin de dar las bases conceptuales que la enfermera necesita para desarrollar el tema. En los siguientes apartados se hace referencia a los aspectos históricos de la lactancia materna, al marco legal que se tiene y la participación de la enfermera en la práctica de la alimentación al seno materno, sin dejar de mencionar los beneficios de la lactancia materna de los cuales los más relevantes para nosotros son el aspecto psicológico y nutricional.

La participación de la enfermera en el sector salud, específicamente en el área de ginecología y obstetricia, es fundamental ya que es la principal promotora de la práctica correcta de la lactancia materna dado que dentro de su formación académica cuenta con los conocimientos de nutrición materna y del recién nacido, farmacología, aspectos psicológicos que se desarrollan en esta etapa, así como, los trastornos de la lactancia materna que pudieran originarse durante el desarrollo de la misma; recordemos que el papel más importante de la enfermera es el de promover la salud, por lo que su participación se da desde el primer nivel de atención: prevenir es la piedra angular del desarrollo académico de la misma. Siendo este punto lo que nos llevo a desarrollar este tema, el cual pretende ser la base de consulta para futuras generaciones de Licenciados en Enfermería y Obstetricia con miras en la capacitación profesional de consultores de lactancia materna como se maneja en el primer mundo.

# 1 FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

## 1.1 Planteamiento del problema

Se desconoce cuál es la repercusión de la orientación brindada por el personal de enfermería sobre la lactancia materna en la manifestación de complicaciones en mujeres primigestas con embarazo a término que fueron atendidas en el Hospital General "José Vicente Villada", del Instituto de Salud del Estado de México.

2 MARCO TEÓRICO.



Fuente: Breve Guía Lactancia Exitosa, abril 2001; <http://www.arrakis.es/~mlaser/Guia.htm>.



## 2.1 DESCRIPCIÓN ANATÓMICA DE LA GLÁNDULA MAMARIA Y SU FISIOLOGÍA.

### 2.1.1 Embriología.

La glándula mamaria es un derivado de la piel. En el embrión, la piel se forma del epiblasto y del mesénquima que está por debajo de él. El epiblasto posteriormente se transforma en epidermis y el mesénquima subyacente da lugar a la dermis. En la glándula mamaria el epiblasto formara el parénquima glandular (células acinosas y galactóforas), y del mesénquima se formará el estroma mamario (tejido conectivo adiposo intersticial).

En el quinto mes del desarrollo, cada mama presenta conductos lácteos primarios que son 15 a 20 cordones ramificantes sólidos. Los extremos de los conductos lácteos primarios se dilatan y durante el séptimo y octavo mes adquieren una luz. Simultáneamente aparece una depresión en la piel que por último se convierte en la región del pezón y la areola.

Son cinco etapas por las que pasa la glándula mamaria para su desarrollo anatómico (Tanner, 1962):

Tanner I. Elevación del pezón sin crecimiento del parénquima.

Tanner II. Lo anterior, más presencia de areola pigmentada y nódulo parenquimatosos por debajo del pezón y la areola.

Tanner III. Lo anterior más crecimiento ya notable del parénquima mamario.

Tanner IV. Lo anterior con franca prominencia de la piel, causada por el crecimiento mamario ya hemiesferoidal.

Tanner V. Lo anterior, con el desarrollo total de la glándula, capacidad eréctil del pezón y aparición de tubérculos de Morgagni.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Rodríguez Meneses, Armando Editora Científica Médica Latinoamericana. Multimedia.

## 2.1.2 Anatomía de la glándula mamaria

La comprensión de la anatomía y fisiología normales de la mama es esencial para todas las personas que intervienen en la atención de los niños con lactancia materna. Una explicación breve a las madres sobre la función mamaria puede proporcionarles confianza y paciencia.

Las glándulas mamarias en la mujer normal son dos, simétricas de forma semiesferoidal. Ocupan un área que va de la 3a. a la 7a. costilla, desde los bordes externos del esternón hasta las líneas axilares anteriores y descansan las bases de las hemisferas directamente sobre la aponeurosis de los músculos pectorales mayores.<sup>2</sup>

Por lo común la glándula esta situada en el borde lateral del esternón y el pliegue axilar anterior. La superficie superior de la mama emerge poco a poco de la pared torácica, mientras que los bordes laterales e inferiores están bien definidos. La porción más grande, se proyecta hacia el vientre; las porciones menores se extienden hacia afuera y hacia abajo para situarse sobre los músculos serrato mayor y oblicuo mayor del abdomen. Una prolongación triangular de tejido glandular en forma de lengüeta (cola axilar de Spence), se extiende hacia arriba y hacia fuera en dirección a la axila, perfora la aponeurosis axilar profunda y penetra en aquella donde termina en aposición cercana a los vasos y ganglios linfáticos axilares, así como a los nervios axilares.<sup>3</sup>

Más de la mitad del riego sanguíneo de la mama proviene de las ramas perforantes anteriores de la arteria mamaria interna. La arteria axilar, a través de la torácica lateral y la torácicoabdominal es otra fuente del riego sanguíneo. Las venas superficiales de la mamaria drenan en primer lugar hacia la vena mamaria interna. Las venas profundas se corresponden principalmente con el árbol arterial. El sistema linfático drena a los ganglios axilares ipsolaterales, vasos supraclaviculares y cervicales anteriores. Algo del drenaje linfático de la porción medial de la mama se realiza hacia los espacios intercostales y los ganglios mamaris internos intratorácicos. Conocimiento de gran importancia en el cáncer de mama.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Ibid. Multimedia.

<sup>3</sup> Dechemey, Alan H. Et al. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico, 1997. Pág. 239-245.

<sup>4</sup> Rodríguez. Op. Cit. Multimedia.

La mama es una glándula reproductora secundaria, formada a partir de glándulas sudoríparas modificadas y está conformada, en el exterior, por una capa de piel que la recubre, especialmente delgada y elástica; de este modo se puede adaptar a los cambios que está presente. Por debajo de la piel se encuentran las glándulas mamarias (alrededor de 12 a 22 "árboles" lóbulos cónicos), sumergidas dentro de un tejido adiposo y conjuntivo, que comunican con el exterior mediante canales llamados conductos galactóforos (uno para cada glándula), que desembocan en el pezón. Toda la mama está apoyada sobre el músculo pectoral. Cuando se sigue al árbol alejándose de sus raíces en el pezón, se observa que cada ducto se divide en múltiples ductos más pequeños hasta llegar finalmente a convertirse en ductulos, cada ductulo posee un lobulillo, el cual a su vez se compone de racimos de alvéolos, productores de leche. Cada uno de los conductos principales se ensancha para formar una ampolla al alcanzar la areola y luego se estrecha en su abertura individual en el pezón. Los lobulillos están sostenidos para una formación reticular de tejido areolar adiposo, que aumenta hacia la periferia y da a la mama su volumen y forma hemisférica.<sup>5</sup>

La areola misma contiene glándulas sebáceas de 1 a 2 milímetros, los tubérculos de Morgagni, que se hipertrofian durante el embarazo y secretan una sustancia lubricante durante la lactancia, se les llama tubérculos de Montgomery. Tanto el pezón como la areola están bien provistos de terminaciones nerviosas cuya estimulación hace que el pezón se ponga erecto.

Cerca del 80 al 85% de la mama normal es grasa, cuya situación no condiciona la capacidad para lactar. Los tejidos mamarios están unidos a la piel que los recubre y el tejido subcutáneo mediante bandas fibrosas, aponeuróticas de la pared torácica (los ligamentos de Cooper son la estructura de sostén de los lóbulos mamarios). Solo 10 a 15% del tejido mamario es epitelial y el resto corresponde a estroma.

Durante la vida fetal y en la edad pediátrica, el crecimiento y desarrollo de la glándula es igual en el niño y en la niña; en la pubertad, las hormonas sexuales femeninas (producidas por los ovarios), determinan el aumento, no sólo de la glándula, sino también del tejido conjuntivo y de la acumulación de grasa, y de este modo, todo el órgano crece.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Lacerva, Víctor, "Lactancia Materna: Un manual para profesionales de la salud". Pág. 105-107

<sup>6</sup> Dechemey, Alan H. Et al. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico, 1997. Pág. 250-251.

Durante el embarazo, el tejido glandular aumenta mucho su volumen y su turgencia, en reacción a la progesterona, la hormona del cuerpo lúteo secretada por el ovario, en preparación para la lactancia; al final de esa época, este tejido vuelve a un estado prácticamente igual al anterior al embarazo.

### 2.1.3 Fisiología de la lactancia.

Específicamente las glándulas mamarias tienen como fin la posibilidad de alimentar a los hijos en los primeros meses de la vida. Son órganos que participan en los caracteres sexuales secundarios, que desempeñan un papel importante en la autoafirmación de la sexualidad y también son un atractivo para el sexo masculino con un significado erótico muy importante para ambos sexos.

En su función específica, la glándula mamaria tiene tres componentes:

- a) La lactogénesis: producción de leche en acinos o alvéolos glandulares.
- b) Lactopoyesis: capacidad de mantener la producción de leche durante la lactancia.
- c) Eyección láctea: en relación directa con la capacidad de succión del bebé y la contracción de las células mioepiteliales del acino o alvéolo glandular por acción de la oxitocina.

La glándula mamaria tiene interrelaciones hormonales directas e indirectas con el hipotálamo, la hipófisis, el ovario, las suprarrenales, la tiroides, la placenta y el páncreas. Tiene relación metabólica con el agua, el sodio y la nutrición.

El control de la prolactina se lleva a cabo por dos neurohormonas, la inhibidora de la prolactina y la liberadora de la prolactina; éstas se producen en el hipotálamo y la prolactina en la hipófisis anterior. Se puede estimular la secreción de prolactina estimulando el pezón, durante los estados de estrés, con la administración de fenotiacinas, el sulpiride y otros tranquilizantes.<sup>7</sup>

Como preparación de la lactancia, hay una proliferación considerable de lobulillos y de sus unidades productoras de leche durante el embarazo. Se cree que esto se lleva a cabo por la interacción entre la hormona de crecimiento, estrógeno, progesterona y lactógeno placentario humano.

---

<sup>7</sup> Rodríguez. Ob. Cit. Multimedia.

Los primeros cambios que se llevan a cabo en la mama comienzan más o menos en la octava semana del embarazo. Las areolas se oscurecen y los pezones se hacen más erectos. Las mamas se hacen más firmes y turgentes, aumentando gradualmente de tamaño, pesando cerca de 700 gramos cada una.

El calostro comienza a elaborarse al final del embarazo, manteniéndose bajo por la acción de la prolactina, hormona que estimula la producción de leche, está suprimida por altas concentraciones de estrógenos y progesterona características de las primeras fases del embarazo.

Tras la expulsión de la placenta, que es la fuente de la mayor parte del estrógeno y la progesterona durante el embarazo, como también de todo el Lactogeno Placentario (HPL), el suministro cesa de manera abrupta. Los índices sanguíneos de estas hormonas descienden con rapidez y la secreción de prolactina en la hipófisis anterior continúa. Se demostró que la aparición de la leche después del parto coincide con el descenso de los niveles de estrógeno y progesterona en presencia de índices altos de prolactina.

La secreción de la leche se inicia en la base de las células alveolares, en donde se forma pequeñas gotitas que después migran a la membrana celular; éstas son extraídas a los conductos alveolares para su almacenamiento. La expulsión de leche es el proceso por el cual la contracción de las células del mioepitelio en los senos impulsa a la leche a lo largo de los conductos y hacia los senos galactóforos. Estos senos están ubicados debajo de la areola y el lactante retira de ellos la leche al succionar. Un reflejo neurohormonal controla la expulsión de leche y trabaja a través de las vías aferentes nerviosas hacia el hipotálamo. La succión es de manera principal un estímulo aferente, pero el reflejo de expulsión puede activarse por estímulos auditivos (escuchar llora el niño) o visuales (al ver al niño). La rama eferente de esta vía es hormonal, porque la oxitocina que se libera en la hipófisis posterior produce contracción de las células mioepiteliales de los senos.<sup>8</sup>

Por otra parte la succión del bebe puede provocar varios efectos. Puede disminuir la concentración de factor inhibidor de prolactina y aumentar de esta forma la producción de prolactina. También disminuye la cantidad de factor liberador de la hormona luteinizante, de este modo impidiendo que surja LH, lo que es una medida anticonceptiva.

---

<sup>8</sup> Dechemey, Alan H. Et al. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico, 1997. Pág. 248-250.

La eficacia y preservación de la producción de leche se controla en gran parte por estímulos por la lactancia repetitiva.

#### 2.1.4 Inmunología de la leche humana.

Se estudiarán las sustancias inmunológicas presentes en la leche humana, y la relación entre la alimentación materna y la prevención de enfermedades y fenómenos alérgicos. También se analizan los efectos de la lactancia materna sobre las prácticas de inmunización.

#### 2.1.5 Inmunoglobulinas.

Las inmunoglobulinas: Armas contra dianas específicas, también conocidas con el nombre de anticuerpos, son proteínas capaces de reconocer y unirse específicamente a las estructuras contra las que están dirigidas (los antígenos) permitiendo su reconocimiento y facilitando su destrucción por el conjunto del sistema inmune. Estas proteínas se producen como una reacción frente a macromoléculas extrañas al propio organismo, siendo especialmente importantes, por su efecto protector, las que reconocen a aquellas estructuras que forman parte de las membranas de los microorganismos.

Las inmunoglobulinas se encuentran en una elevada proporción en el calostro, y en pequeña cantidad en la leche, y proceden de la sangre o son sintetizadas en la propia glándula mamaria. Aunque su papel protector es siempre importante, su forma básica de actuación difiere en función de la especie animal de que se trate. En las especies cuya placenta es impermeable al paso de proteínas, como es el caso de la vaca y la oveja, las crías nacen totalmente desprovistas de anticuerpos, por lo que, para que puedan enfrentarse al ambiente hostil del exterior, la madre tiene que transferirles la inmunidad pasiva secretando las inmunoglobulinas en el calostro. Durante el primer día de vida, el recién nacido las absorbe íntegras a través del intestino, que aún no es eficaz como barrera, transfiriéndolas a la sangre. En otras especies animales, como el hombre, los anticuerpos de la madre son capaces de atravesar la placenta, y de este modo el niño adquiere un cierto grado de inmunidad pasiva antes de nacer. En la especie humana y en otras que se comportan igual, como el cobaya, las inmunoglobulinas calostrales no se absorben, sino que

permanecen en el tubo digestivo al que protegen contra la colonización por microorganismos patógenos.<sup>9</sup>

La leche humana contiene IgA, IgG, IgM e IgD. La cantidad de IgG es pequeña y relativamente constante. La IgA es la más importante en términos de concentración relativa y características biológicas. Es más resistente a condiciones de acidez y a la actividad proteolítica de las enzimas digestivas. Se encuentra intacta en cantidades considerables en las heces de niños con alimentación materna y probablemente se deposita en el árbol respiratorio mediante la regurgitación infantil. La IgA secretoria se encuentra en su máxima concentración durante los primeros días de vida, encontrando concentraciones de 50 mg/ml en el calostro.

Se ha demostrado la efectividad de la IgA contra de:

- 1.- Escherichia coli; la entero toxina de E. coli.
- 2.- Clostridium tetani; C.
- 3.- Diphtheria.
- 4.- Diplococcus pneumoniae.
- 5.- Salmonella.
- 6.- Shigella.
- 7.- Y diversos virus, entre ellos el de la polio. Y rotavirus, un importante patógeno productor de diarrea.

#### 2.1.6 Elementos celulares.

La leche humana contiene macrófagos, macrófagos espumosos, leucocitos polimorfonucleares, linfocitos T y B. Nuevamente, la concentración de estas células es más alta en el calostro, donde los leucocitos están presentes en concentraciones comparables a las cuentas leucocitarias en la sangre. La leche madura contiene alrededor de 2% de la concentración celular del calostro, a pesar de que el volumen aumentado de leche quizá compense por este cambio.

---

<sup>9</sup> Dr. Cueto Rúa (Gastroenterólogo infantil) en la lista de pediatría ambulatoria de la SAP. Prevención de Alergias. Clinical Jn, of Pediatrics 1996, 21:486.

Las células fagocitarias comprenden 80% de las células en el calostro, con proporciones variables de polimorfo nucleares y mononucleares, dependiendo del individuo.<sup>10</sup>

### 2.1.7 Otros factores.

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

Lactoferrina: La proteína roja de la leche.

En la especie humana, uno de los componentes de la leche que participan en la protección del recién nacido frente a los microorganismos es una proteína de color rojo, llamada lactoferrina. Esta proteína tiene como propiedad principal la de unir fuertemente el hierro, que es el que le da su color característico. En condiciones fisiológicas, tiene muy poco hierro unido, y es capaz de fijar el que se encuentra en el medio, de tal forma que los microorganismos no disponen de él para su proliferación. En investigaciones recientes se ha visto además que la lactoferrina también puede tener un efecto bactericida al interaccionar con la pared de los microorganismos, desestabilizándola y causando su muerte. A través de estos dos mecanismos, y quizá de algún otro, la lactoferrina puede desempeñar un papel esencial en la protección del recién nacido frente a infecciones gastrointestinales. Es además un hecho interesante el que los fragmentos de lactoferrina que se producen durante la digestión son todavía capaces de fijar hierro. Incluso, se ha encontrado lactoferrina íntegra en las heces de niños alimentados con leche materna, lo que indica que puede mantener su actividad biológica a lo largo del tracto gastrointestinal.<sup>11</sup>

La lactoferrina se encuentra en el calostro humano en concentraciones especialmente elevadas, y aunque sus niveles descienden en los primeros días, mantiene su presencia a lo largo de toda la lactación. En la vaca, esta proteína es también abundante en el calostro, pero su concentración en la leche definitiva es muy baja, alrededor de la décima parte de la que se

---

<sup>10</sup> Ídem. INTERNET

<sup>11</sup> Íbid. INTERNET



encuentra en la leche humana. Parece ser que en los primeros días de la lactación la lactoferrina puede también ejercer un papel protector para la propia glándula mamaria.

Lisozima: El disolvente de bacterias.

Muchas bacterias tienen sus paredes formadas en gran parte por polisacáridos complejos. La leche humana, (pero no la de vaca), contiene una proteína de pequeño tamaño, la lisozima, capaz de romper los polisacáridos de estas paredes y destruir así a las bacterias. Esta proteína se encuentra en mayor concentración en los primeros días de la lactación y es consecuentemente más activa en este periodo que en etapas más avanzadas de la lactación. La lisozima es capaz de actuar de una forma general sobre el sistema inmune, potenciando la acción de los leucocitos. Además, cuando se encuentra junto con la lactoferrina, ambas proteínas potencian mutuamente su actividad frente a los microorganismos.<sup>12</sup>

¡ Lo que resulta es un sistema fantástico mediante el cual el niño recibe cierta protección a través de la leche materna contra cualquier microorganismo patógeno que se encuentre en el ambiente en que vive y a concentraciones suficientes como para provocar una respuesta inmune en la madre !.<sup>13</sup>

## 2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA LACTANCIA

La lactancia materna en otras culturas se ha considerado como el método ideal para la alimentación de los niños. Tanto el *Corán* como el Israel bíblico recomiendan la alimentación materna durante dos años. Las antiguas civilizaciones espartana, romana y egípcia también insistieron en la importancia sobre este tema. La alimentación materna prolongada, incluso durante más de cinco años, también fue práctica común entre los indios y, hasta fechas recientes, entre los pueblos esquimal y chino.<sup>14</sup>

En las naciones del Tercer mundo la alimentación materna todavía desempeña un papel muy importante en la supervivencia. Pero, incluso en esos lugares, los nuevos valores sociales

---

<sup>12</sup> *Ibíd.* INTERNET.

<sup>13</sup> Lacerva. Ob. Cit. Pág. 47-48

extendidos por medio del crecimiento de la urbanización y los sistemas de comunicación han provocado un descenso en la alimentación materna en favor de alimentos más costosos y "modernos". Dos factores importantes que han contribuido a esta tendencia son la creciente alienación de la gente respecto a sus funciones corporales y la falta de respeto e importancia que se da a todos los aspectos relacionados con la crianza de niños. Hay muchas personas que consideran vulgar la alimentación materna; más bien la atribuyen a los animales y no a los humanos. Las mamás se han convertido en símbolos sexuales, actitud que muchas veces se olvida de la belleza de su función nutricional. Al mismo tiempo que las funciones familiares se vuelven un aspecto de importancia secundaria, muchas mujeres están menos dispuestas a "atarse" a sus hijos para alimentarlos. Una parte importante de la labor de los trabajadores sociales en el área de la salud es proporcionar educación adecuada para que dichas decisiones se tomen desde un punto de vista basado en el conocimiento.<sup>15</sup>

### 2.2.1 Nodrizas.

Uno de los conceptos importantes que ayuda a asegurar el éxito de la alimentación materna en otras culturas es la idea de la nodriza. Las actividades que desempeña la nodriza incluyen cocinar, limpiar y cuidar otros niños. En muchas ocasiones su papel está impregnado de significado religioso y ritual, al mismo tiempo que es educacional y de ayuda. Por ejemplo, la religión musulmana considera que la madre debe estar relativamente libre de actividades por 40 días, para que pueda concentrarse en el recién nacido.<sup>16</sup>

### 2.2.2 Antecedentes históricos de la lucha por retomar la lactancia materna.

Desde los tiempos prehistóricos, las mujeres han amamantado a sus bebés. Sin embargo los datos que se tienen de esta lucha, son a partir de 1920, en el que un 90% de las mujeres amamantaban; y no es sino hasta 1950 en donde sólo un tercio de los recién nacidos vivos eran

---

<sup>14</sup> Vandale S. Factores sociales y culturales que influyen en la alimentación del lactante menor en el medio urbano. *Salud Pública Méx.* 1978;20(2):215-230.

<sup>15</sup> Lacerva Ob. Cit. Pág. 10

<sup>16</sup> Lacerva. Ob. Cit. Pág. 10-11

alimentados con leche materna debido a que en esta época las mujeres disfrutaban de su "nueva libertad" adoptando la alimentación artificial como la norma de "moda" notándose un descenso importante de éste año a 1960 donde sólo un 25% de las mujeres amamantaban.

Otro dato que es importante mencionar es que con la llegada de la civilización, y alrededor de 1879, con la invención de la leche en polvo. Desde entonces, esta comida comenzó a aparecer en el mercado. La producción se incrementó y pronto estaban buscando nuevos compradores. Entonces tuvieron una idea, buena para ellos pero terrible para nosotros: transformar bebés humanos en consumidores de leche de vaca. Pero afortunadamente no se tuvo el impacto esperado y así pasaron algunas décadas. Y debido al movimiento de la "liberación femenina", las escuelas de medicina comenzaron a enseñar la preparación de fórmulas sustituyentes de la leche materna, lo cual dio a la alimentación artificial gran importancia.

Para la década de 1970 se comenzó a desconfiar de estos productos nutricionales y resurgió la alimentación materna, pero la tendencia a su abandono comenzó de nuevo; hasta que en 1978 el 50% de los niños eran alimentados con leche materna.

En la actualidad los mejores defensores de la lactancia materna son las madres que han amamantado a sus hijos con éxito y han comprobado sus beneficios. Este hecho no se ha dado en todas las mujeres debido a la influencia que se da en el medio publicitario y sobre todo a la mala información que se da en los servicios de salud debido a la poca educación que se tiene sobre éste tema.

Desde 1974 ya se advierte el descenso de la lactancia natural y a partir de 1978 se comienza a fortalecer su resurgimiento con asambleas y reuniones estableciendo códigos, los cuales tienen como propósito proteger y fomentar la lactancia materna para así mejorar las condiciones de salud y nutrición de los niños.<sup>17</sup>

En 1981, la OMS y el UNICEF presentan a la 67ª reunión del Consejo Consultivo de la OMS, una propuesta de código y la 34ª asamblea Mundial de la Salud lo adopta el 21 de Mayo. En 1989 se da un movimiento de apoyo a la lactancia natural por una declaración conjunta OMS/UNICEF. Que da a conocer el papel fundamental que pueden desempeñar los servicios de

salud en la promoción de la lactancia natural. Describir lo que se debe hacer para dar información y apoyo a las madres. Adaptar a las circunstancias locales para que sea utilizada por cualquier persona que trabaje en el área de la salud. Estimular a todo el personal de salud para que revisen las políticas y prácticas que puedan interferir con la lactancia natural. Destacar las medidas prácticas para establecer la lactancia natural en los servicios de salud.

El 1° de agosto de 1990, en Florencia (Italia), se firma la declaración de Innocenti, sobre la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna, representantes de 40 gobiernos, de UNICEF, de US AID, UNFPA, PNUD, Comités Nacionales Pro-UNICEF, OMS, OSDI, UK, ODA, FAO, PMA y el Banco Mundial, con los siguientes compromisos resumidos:

“Los gobiernos deberán establecer un sistema nacional para evaluar los objetivos y desarrollar indicadores tales como la proporción de niños amamantados exclusivamente al egresar de los servicios de maternidad y la proporción de lactantes exclusivamente amamantados a los cuatro meses de edad.”

Los días 29 y 30 de septiembre de ese mismo año, se reunió en las Naciones Unidas (ONU) el grupo más grande de dirigentes mundiales en la historia a fin de adoptar una Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo de Niño y un Plan de Acción para aplicar la Declaración en el decenio 1990.

En las metas que se especifican para el decenio de los 90's en el apartado de nutrición, se anota:

“Lograr que todas las mujeres amamenten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos hasta bien entrado el segundo año.”

En 1989, se llevó a efecto la convención sobre los derechos del niño. El artículo 25, señala el compromiso de “asegurar que todos los sectores de la población en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene...”<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> OMS-UNICEF, “Lactancia Materna”, Vol. 2. Pág. 1-3

<sup>18</sup> MANUAL DE LACTANCIA MATERNA, Secretaría de Salud, México 1991. Cap. 2°.

### 2.2.3 Organizaciones mundiales en defensa de la lactancia materna.

A lo largo de la historia de la industrialización de la lactancia materna han surgido un sin número de organizaciones alrededor del planeta con un solo objetivo, que la leche que produce el humano la tome el humano, y esto con el fin de lograr aumentar el nivel de sobre vida de los más desafortunados, lo niños que viven en las regiones pobres de nuestro mundo. En este trabajo es importante mencionar este tipo de organismos que en su mayoría no son gubernamentales, y en verdad que eso es lo que más llama la atención; cada gobierno de cada país tiene una gran responsabilidad el implementar las acciones propuestas por la ONU en conjunto con la UNICEF y organizar programas adecuados a la región geográfica y situaciones socioculturales de cada pueblo para lograr que mueran menos niños menores de 5 años por problemas de salud que comienzan por una mala nutrición y sobre todo por una lactancia materna que fracaso desde el inicio de está. Con fines prácticos sólo mencionaremos los nombres de algunos programas en Latinoamérica y Estados Unidos de Norte América, que afectan favorablemente la situación de la lactancia materna en nuestro país.

Comenzando por:

La Leche League International, fundada en 1956, es la organización más antigua y grande en su género. Cuenta con un consejo consultivo profesional formado por más de 50 especialistas en pediatría, obstetricia, nutrición, psicología, administración y derecho.

La Leche League International tiene status de organismo no gubernamental en la Organización de las Naciones Unidas.

## REPUBLICA DE ARGENTINA

### IBFAN Argentina.

La Red Internacional de Grupos de Acción pro Alimentación Infantil (International Baby Feeding Action Network, IBFAN) es una coalición de grupos voluntarios que trabajan para una mejor nutrición y salud del niño, promoviendo la lactancia amamantamiento y la eliminación de prácticas irresponsables de mercadeo de alimentos artificiales para niños. Brinda su apoyo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna propuesto de la Organización Mundial de Salud y UNICEF.

## ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA

Kaiser Permanente, una de las más grandes y exitosas OCSs (Organizaciones para el Cuidado de la Salud de los Estados ) proporciona a sus asociados un programa de apoyo a la lactancia en la región de Carolina del Norte.

## PROPUESTA DE PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA

Los objetivos sobre lactancia materna de "Salud para Todos en el año 2000" en EE.UU. incluyen "un incremento de por lo menos un 75% en la proporción de madres que amamantan a sus niños en el período temprano de post-parto y un aumento de por lo menos un 60 % en aquellas madres que continúan amamantando a sus niños hasta la edad de 5 a 6 meses". No se hace referencia a subgrupos étnicos o socioeconómicos sino que, en cambio, los objetivos plantean que la nación en general puede beneficiarse con una política de amamantamiento. Para superar las dificultades se requerirá de "educación pública y profesional y apoyo por parte de los promotores del cuidado de la salud".<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> De Ruggiero, Julieta, extracción disponible en: <http://www.greatstar.com/lois/bfh.html> y en español en <http://yabiru.fmed.uba.ar/mspb/ibfarg/kaiser.htm>. INTERNET.

## ASOCIACIONES INTERNACIONALES QUE APOYAN LA LACTANCIA

La Liga de la Leche de Argentina  
Miguelotes 687  
1426 Buenos Aires  
TEL. +54 1 772 6351

Asociación de Madres "Vía Láctea"  
C/Terminillo 60-64 2º Iz.  
50017 Zaragoza España  
Tel. y Fax (34-76) 34 99 20

Ñuñu. Asociación de ayuda materna  
Güemes 2001  
1602 Florida Buenos Aires. Argentina

La Liga de la Leche  
Apdo.5044  
48080 Bilbao. España  
TEL. 908-03 60 31/908- 26 50 24

AIS-IBFAM  
Casilla de correo 568  
La Paz. Bolivia

CONAPLAN  
Casa del niño 4. 23 calle 23-60  
Ciudad de Guatemala  
Fax. 502-2-353711

Grupo Origem  
WABA Brasil  
Av. Beira Mar 3661 Lj 18  
Casa Caiada Olinda PE Brasil  
Tel. 53130-540  
Fax. 55.81.4321913  
e-mail: [origem@clogica.com.br](mailto:origem@clogica.com.br)

ACPAM (Associació Catalana  
Pro Alletament Matern)  
C/ Pere Seraffi 41 bajos  
08012 Barcelona  
Tel Y Fax. (34-3) 217 05 22  
e-mail: [acpam@pangca.org](mailto:acpam@pangca.org)

Programa Nacional de Lactancia Materna de Brasil  
PNLM, Brasil  
INAN/Ministerio de saude do Brasil  
Av. W3 Norte 510 Brasilia, Df 70000 Brasil  
Tel. 55 11 2731517

La Leche League  
Mª Dolores Basemore  
Apdo. postal 1252  
S. Pedro Sula Honduras

IBFAN Brasil  
R.Sto. Antonio, 59020  
Sao Paulo 01314000 Brasil  
Tel y Fax. 55 11 6067328

Baby Milk Action  
23 St. Andrew's Street  
Cambridge CB2 3AX, Inglaterra  
Tel. (44-1223) 464 420  
Fax. (44-1223) 464 417  
e-mail: [babymilkacti@gn.apc.org](mailto:babymilkacti@gn.apc.org)

CEFEMINA  
Apdo. 5355  
San José, 1000 - Costa Rica  
Fax. 506-2-571758

La Liga de la Leche  
Tel 952 32 39 05  
C/ Osorio, nº 1  
29002 Malaga

FUENTE: Tomado de INTERNET, LACMA; <http://members.tripod.com/~luistoro/enlaces.htm>.

## 2.3 MARCO LEGAL DE LA LACTANCIA MATERNA.

En la actualidad existen documentos que consagran los derechos que tienen los individuos de nuestro país para recibir los cuidados y servicios que garanticen su desarrollo armónico e íntegro y que merecen como seres humanos; recibir lo mejor, en este caso la lactancia materna debe darse desde el nacimiento. A continuación se hará mención de algunos artículos básicos, de los documentos enfocados al tema.

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

### 2.3.1 Programa del hospital amigo del niño y de la madre.

Dentro de los objetivos del Plan Nacional De Desarrollo 1995-2000 relacionados con la salud, el Gobierno de la República a propuesto incrementar la eficiencia de la atención a la población a través de la descentralización de los servicios y nuevos incentivos de calidad de la atención al otorgar los servicios esenciales de salud. Uno de los puntos fundamentales del Programa de Reforma del Sector Salud lo constituyen las acciones orientadas hacia el fortalecimiento de un nuevo modelo asistencial donde destaca lo preventivo sobre lo curativo. Como parte sustantiva de la Reforma del Sector, la Secretaría de Salud, tomo la iniciativa de implementar el Programa de Salud Reproductiva, el cual consolida los logros que en esta área prioritaria se han dado en los últimos años y fortalece de una forma integral las acciones de sus diversos componentes, con especial atención a los grupos de población más vulnerables, para coadyuvar al crecimiento armónico, así como al desarrollo y bienestar social del país.

El concepto de Salud Reproductiva se debe entender como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, funciones y procesos, vale decir que salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas, de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos. Esta visión considera el acceso a la información amplia y a una gama completa de servicios de salud que deberán ser accesibles, asequibles y aceptables para toda la población, situación que queda perfectamente enmarcada en Hospital Amigo del Niño y de la Madre. que surge como un esfuerzo



para ir al rescate de la práctica de la lactancia materna, llevando la mística de la atención integral y de calidad.

En 1989, la OMS y el UNICEF redactaron pautas de conducta aplicables a los hospitales (Diez pasos hacia una lactancia exitosa), tomando como base que la actuación del personal de salud y constituye un importante ejemplo para millones de madres; las actividades realizadas durante la estancia de la madre, después del parto, son determinantes para que una madre consiga amamantar.

La iniciativa del HOSPITAL AMIGO, ofrece a la madre, durante la atención del embarazo, parto y puerperio, oportunidad par el ejercicio de la lactancia natural.

Para ello deben erradicarse prácticas que desalientan la lactancia materna. Dentro de las prácticas hospitalarias que deben modificarse, se encuentran las siguientes:

- Separación de la madre y el niño al nacer y durante su estancia hospitalaria.
- Ayunos prolongados y la alimentación rutinaria con biberón.
- Los horarios rígidos de alimentación.
- La capacitación deficiente del personal cuando se debe orientar a la madre sobre la lactancia natural y
- La promoción que existía para el uso de fórmulas infantiles.

En México, se implementa la iniciativa del Hospital Amigo con una variante, denominada "HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE". Este modelo incorpora en sus acciones, además del eje central que es el cumplimiento de los "Diez Pasos para una Lactancia Exitosa", otras complementarias tendentes a asegurar y procurar el mejoramiento de la salud materno infantil.

El eje central de la aplicación del programa son estos "Diez pasos para una lactancia exitosa":

1. Tener una Política Escrita de Lactancia Materna, que sea periódicamente comunicada a todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal para implementar esta Política.
3. Informar a toda mujer embarazada sobre los beneficios y el manejo de la Lactancia Materna.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora postparto.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la Lactancia Materna, aún si deben ser separadas de sus bebés.
6. No dar a los recién nacidos ningún otro alimento o bebida que no sea Leche Materna.
7. Practicar la internación conjunta, facilitando que los bebés y sus madres estén juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar el amamantamiento a requerimiento del bebé y de la madre.
9. No recomendar a los recién nacidos normales chupetes u otros objetos artificiales para succión.
10. Fomentar la creación de grupos de apoyo a la Lactancia Materna y derivar a ellos a las embarazadas y madres en el momento del alta.

Así mismo con estas acciones, se pretende:

- Garantizar una efectiva protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.
- Desarrollar una verdadera cultura de la lactancia materna mediante cambios de actitud en el personal de salud y el las madres.
- Desarrollar actividades de educación y promoción para la salud, tendentes a elevar el nivel de salud madre-hijo.
- Identificar las oportunidades perdidas durante la estancia hospitalaria para optimizar las acciones de promoción y protección de la salud.
- Adecuar los servicios de pediatría y obstetricia para implantar la lactancia natural.
- Sistematizar la experiencia del programa.
- Investigación de factores de riesgo en binomio madre-hijo y sobre el amamantamiento.

Con los diez pasos para una lactancia materna exitosa y todas las acciones que se han implementado se exhorta a las autoridades nacionales a integrar sus políticas sobre lactancia materna en sus políticas generales de salud y desarrollo. Haciendo esto deben reforzar todas las acciones que protegen, promueven y apoyan la lactancia materna dentro de programas

complementarios como cuidado prenatal y perinatal, nutrición, servicios de planificación familiar y prevención y tratamiento de enfermedades comunes de la infancia y maternas. Todo el personal de salud debe ser entrenado en las habilidades necesarias para implementar estas políticas de lactancia materna.

Para apoyar la transformación de los hospitales fue inaugurado el 18 de mayo de 1992, el Centro Nacional de Lactancia Materna en el Hospital General de México, para:

“Contribuir al mejoramiento de la salud materno infantil y a la reducción e su morbilidad y mortalidad, mediante la formación, capacitación de recursos humanos que promuevan, fomenten, protejan la lactancia materna y realicen cambios en las prácticas profesionales y hospitalarias.”<sup>20</sup>

### 2.3.2 Ley general de trabajo.

#### Título quinto

De la protección del trabajo de menores y de las mujeres en periodo de gestación y de lactancia.

#### CAPITULO PRIMERO

Del trabajo de las mujeres gestantes y en periodo de lactancia.

Artículo 153. Las disposiciones de este capítulo tiene por objeto proteger la salud de las mujeres trabajadoras y en periodo de lactancia, así como al producto de la concepción.

Artículo 154. No se podrá utilizar el trabajo de mujeres gestantes en labores donde:

- I. Se manejen, transporten o almacenen sustancias teratogénicas o mutagénicas;
- II. Exista exposición a fuentes de radiaciones ionizantes, capaces de producir contaminación en el ambiente laboral, de conformidad con las disposiciones legales, los reglamentos o normas aplicables;
- III. Existan presiones ambientales anormales o condiciones térmicas ambientales alteradas;
- IV. El esfuerzo muscular que se desarrolle pueda afectar al producto de la concepción;
- V. El trabajo se efectúe en torres de perforación o en plataformas marítimas;
- VI. Se efectúe labores submarinas o subterráneas o en minas a cielo abierto;
- VII. Los trabajos se realicen en espacios confinados;

---

<sup>20</sup> MANUAL DE LACTANCIA.... Ob. Cit. Cap. I

VIII. Se realicen trabajos de soldaduras, y

IX. Se realicen otras actividades que se determinen como peligrosas o insalubres en las leyes, reglamentos y normas aplicables.

Artículo 155. No se podrá utilizar el trabajo de mujeres en periodo de lactancia, en labores en que exista exposición a sustancias químicas capaces de actuar sobre la vida y salud del lactante.

Artículo 156. La mujer trabajadora que se desempeñe en los lugares de trabajo señalados en el artículo 154 de este reglamento, deberá informar al patrón que se encuentra en estado de gestación, inmediatamente después a que tenga conocimiento del hecho, exhibiéndole el certificado médico correspondiente, a fin de que éste la reubique temporalmente en diversas actividades que no sean peligrosas, insalubres o antihigiénicas.

Artículo 157. Los patrones deberán observar estrictamente las prescripciones médicas para la protección de la salud de las trabajadoras gestantes y del producto de la concepción.<sup>21</sup>

### 2.3.3 Ley general de salud.

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

#### Capítulo V

##### Atención materno-infantil

Artículo 31. La atención materno infantil es materia de salubridad general.

Artículo 61. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- II. La atención del niño y vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna , y
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.

---

<sup>21</sup> LEY GENERAL DE TRABAJO, Agenda Laboral México 2001. Pág. 29-30

Artículo 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Artículo 63. La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

Artículo 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

- I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;
- II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, y
- III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años.

Artículo 65. Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

- I. Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;
- II. Las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes;
- III. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas, y
- IV. Acciones relacionadas con educación básica, alfabetización de adultos, acceso al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excretas.

Artículo 66. En materia de higiene escolar, corresponde a las autoridades sanitarias establecer las normas oficiales mexicanas para proteger la salud del educador y de la comunidad escolar. Las autoridades educativas y sanitarias se coordinarán para la aplicación de las mismas.

La prestación de servicios de salud a los escolares se efectuará de conformidad con las bases de coordinación que se establezcan entre las autoridades sanitarias y educativas competentes.<sup>22</sup>

La Norma para la Prestación de los Servicios de Atención Médica y la Norma Técnica Número 37 para la atención del recién nacido, publicadas el 14 de mayo y el 8 de julio de 1986 respectivamente, en el Diario Oficial de la Federación, regulan los artículos antes mencionados.

El Acuerdo Numero 95 de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 28 de mayo de 1991, crea el Comité Nacional de Lactancia Materna.

#### 2.3.4 Una declaración en conjunto ONU y el UNICEF: apoyo a la lactancia natural.

En todas las regiones del mundo en desarrollo, el UNICEF coopera en diferentes actividades y servicios en apoyo de la lactancia y de prácticas apropiadas de destete.

*En mayo de 1981, a base de su propia investigación de campo y de estudios nacionales e internacionales, la secretaría de la UNICEF en Nueva York sometió a su Junta Ejecutiva un informe sobre "la alimentación del lactante y del niño pequeño", subrayando la importancia crucial de la alimentación al pecho.*

La lactancia y las buenas prácticas de alimentación complementaria y de destete pueden constituir una importante contribución al bienestar y desarrollo de los niños, con efectos perdurables en sus años adultos. Durante la década de los setenta se pusieron en operación múltiples políticas y servicios nacionales, que promovieron y protegieron ambas prácticas, sobre todo a escala piloto.

Los países necesitan poder seguir las tendencias en lactancia y alimentación complementaria en las áreas urbanas y rurales y a distintos niveles de ingresos. A base de la experiencia obtenida por medio de su estudio en colaboración, la OMS tiene en preparación una metodología general. Se ha propuesto que la misma se ponga a prueba en diversos países y, luego, sea difundida por conducto de grupos regionales de trabajo. El UNICEF será invitada a contribuir

---

<sup>22</sup> Diario Oficial de la Federación, acuerdo Numero 95 de la Secretaría de Salud.

a los costos. Los países emprenderían estudios periódicos, por ejemplo cada cinco años, y algunos buscarán la participación del UNICEF.<sup>23</sup>

Todos los gobiernos para el año 1995, deben asegurar que cada instalación de salud que otorgue servicios de maternidad practique todos los Diez pasos para una Lactancia Exitosa establecidos en la declaración conjunta OMS/UNICEF.

Tomando acción para dar efecto a los principios y mirar de todos los Artículos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en su totalidad las subsecuentes relevantes resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud; y aprobado leyes de la alimentación al seno materno de madres trabajadoras y estableciendo medios para su aplicación.

También se hace un llamado a la organizaciones internacionales para que se diseñen estrategias de acción para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, incluyendo una monitorización y evaluación de esas estrategias. Así mismo apoyar el análisis de situaciones nacionales, el desarrollo de objetivos y metas para animar y apoyar a las autoridades nacionales en la planeación, implementación, vigilancia y evaluación de sus políticas de lactancia materna.

Por tanto se menciona que todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales deben observar las disposiciones que promueve el UNICEF todos los lactantes deberían ser alimentados "exclusivamente" a pecho hasta los 6 meses de edad. Posteriormente los bebés deberían seguir siendo amamantados hasta los 2 años o más y tomar, al mismo tiempo, alimentos complementarios en cantidad suficiente.

### 2.3.5 Plataforma por los derechos del nacimiento.

En 1998 se creó la Plataforma Por Los Derechos Del Nacimiento con el objetivo principal de pedir a la sanidad pública que se responsabilice de financiar el parto natural, tanto si la mujer decide parir en una clínica, en un hospital o en su propio hogar.

Algunas de la recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) referente a los derechos de la mujer y el bebé:

---

<sup>23</sup> OMS/UNICEF, "Protección, promoción, y apoyo de la lactancia materna: el papel especial de los servicios de maternidad. 1995. Pág. 48-55

- El recién nacido deberá estar siempre con la madre, siempre que el estado de salud de los dos lo permita. Ningún examen justifica que se separe a un recién nacido - sin problemas de salud - de su madre.
- La lactancia materna debe ser estimulada lo antes posible, antes incluso de que la madre abandone la sala de partos.
- Las mujeres no deberían ser acostadas sobre la espalda (en posición obstétrica tradicional) durante el trabajo de parto. Se las debería estimular a caminar durante el trabajo de dilatación y darles la posibilidad de elegir la postura que deseen para cada momento del parto-nacimiento.
- El parto no debería ser provocado por comodidad. Y no se debería provocar artificialmente ningún parto sino lo requieren las indicaciones médicas precisas y justificadas. Ningún país debería de tener tasas de provocación artificial del parto superiores al 10%.
- Se fomentará el contacto precoz e ininterrumpido padre/madre/hijo desde el momento del alumbramiento, siendo como única disposición que el recién nacido tenga algún impedimento médico.

### 2.3.6 Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, OMS/UNICEF, 1981

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

La creciente presión del mercado de los alimentos para bebés que compiten con la Lactancia Materna llevó en 1981, en el marco de la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, a la sanción de este documento que tiene por objetivo contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

Actualmente 16 países han adoptado el Código Internacional como ley, mientras que otros 43 poseen algún tipo de previsión legal. No obstante esto, todos los estados miembros de la



Organización Mundial de la Salud así como las empresas de sucedáneos están obligadas a cumplir con sus postulados.

Resoluciones posteriores de la OMS que modifican el Código:

En sucesivos años la Asamblea Mundial de la Salud ha aprobado algunas resoluciones que modifican conceptos importantes del Código, tal como fuera redactado y sancionado en 1981. Entre otros puntos podemos citar la Resolución 47.5 de 1994 que establece la edad hasta la cual se debe aconsejar Lactancia Materna Exclusiva en seis meses, en lugar del ambiguo "cuatro a seis" que perduró durante muchos años; al mismo tiempo propone como ideal continuar la lactancia materna hasta los dos años de vida. Así, si se afirma que un niño menor de seis meses no debería recibir ningún otro alimento que no sea leche materna, todo alimento o bebida comercializado con la sugerencia de ser administrado a un niño menor de seis meses compite directamente con la lactancia materna y debe ajustarse a las reglamentaciones del Código. De igual modo, toda leche indicada desde los seis meses de edad también compite con la lactancia materna, ya que un niño menor de dos años debería continuar siendo amamantado.

Otro punto importante a destacar entre las resoluciones de OMS es la referida a donaciones. Si bien el texto original del Código sugiere que los establecimientos de salud podrían aceptar donaciones de los fabricantes y distribuidores, una resolución posterior propone que las pequeñas cantidades de leche que una institución necesita deberían ser adquiridas por los medios habituales de compra, tal como ocurre con cualquier otro medicamento.

Respecto de los regalos y apoyos financieros de las empresas a los trabajadores de la salud, la Resolución WHA 49.15 insta a los gobiernos a que aseguren que el apoyo financiero que reciben los profesionales de la salud no les cree un conflicto de intereses en relación a la promoción de la Lactancia Materna.

## 2.4 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA LACTANCIA MATERNA.

### 2.4.1 Participación de enfermería en el programa de lactancia materna.

La actitud del personal de enfermería es indispensable para coadyuvar en la consecución de los objetivos del programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, mediante la difusión de cursos

formales e informales tanto al personal de enfermería como a la población estudiantil y sobre todo hacer hincapié en la realización de cursos a la población en general y así mismo difundir entre el gremio de enfermería las Normas Oficiales Mexicanas que inciden en el Comité Nacional de la Lactancia Materna para la elaboración de la Norma Oficial de la Lactancia Materna con la observancia del Programa para una adecuada aplicación.

- Se deberán elaborar encuestas para detectar necesidades de enseñanza, capacitación e investigación del Programa.
- Integrar el programa de capacitación formal e informal. Coordinar con el comité del programa para integrar contenidos de la enseñanza y capacitación demandada por enfermería.
- Participar en el desarrollo de los cursos, talleres e investigaciones calendarizados.
- Verificar en forma aleatoria las técnicas y procedimientos basándose en la norma establecida en el programa. Realizar supervisión directa a los servicios involucrados para valorar el 10% de los procedimientos de enfermería en forma aleatoria en el área de hospitalización.
- Realizar esfuerzos en forma conjunta con los servicios de salud de primer nivel para que la información llegue hasta los hogares de las futuras madres y las que se encuentran en la etapa de lactancia.
- Actualizar al personal de enfermería en aspectos básicos de la lactancia materna así mismo del programa. Fomentar el desarrollo de la investigación con relación al programa.

#### 2.4.2 Participación de enfermería en el control prenatal como promotora de la lactancia materna.

En la actualidad, hay estudios en torno al proceso de adaptación al papel de madre. Por el hecho de que más mujeres trabajan o tienen diferentes actividades a las que no se estaba acostumbrado para el sexo femenino, sin ser esto un impedimento para la adaptación al rol de madre y sobre todo al rol de madre que amamantara a un recién nacido. El papel de enfermería es de ponderal importancia en este vínculo desde el inicio del embarazo.

La adaptación al papel de madre es el proceso por el cual la mujer aprende a comportarse como madre y se adapta a su identidad materna. Se piensa que la formación de la identidad materna sucede con cada hijo. La madre y su hijo se conocen entre sí al establecer el vínculo maternoinfantil.<sup>24</sup>

De acuerdo con Mercer, la adaptación al papel de madre se lleva a cabo en cuatro etapas, las cuales corresponden a las establecidas por Rubin. En la etapa anticipatoria, que ocurre durante la gestación, la mujer comienza a preocuparse por la manera en que asumirá su papel la madre. En este punto Mercer se refiere a la enfermería como una ciencia que está evolucionando desde "una adolescencia turbulenta a la edad adulta" y los enfermeros/as son los profesionales de la salud que tienen "una interacción más continuada e intensa con las mujeres durante su ciclo de maternidad. Los enfermeros/as son los responsables de "promover la salud" de las familias y de los niños. Los enfermeros/as son "pioneros" en el desarrollo y aplicación de las estrategias de valoración de estos clientes.<sup>25</sup>

Según Mercer, la enfermería obstétrica consiste en el diagnóstico y tratamiento de las respuestas de los hombres y de las mujeres ante problemas de salud reales o potenciales durante el embarazo, nacimiento o período posparto.

En la etapa formal, que comienza cuando nace el niño, la madre se deja influir por la guía de otras personas. La etapa informal comienza cuando la madre toma decisiones por sí misma sobre la maternidad; empieza a encontrar su propio estilo. En la etapa personal, la mujer se adapta a su papel de madre. Esta etapa suele ocurrir al tercero o décimo mes después del parto. La capacidad de adaptación a la maternidad depende de factores como apoyo social y edad, personalidad y nivel socioeconómico de la madre.

Dentro de las intervenciones de enfermería para el fomento de la práctica de la lactancia materna, en el control prenatal se encuentran algunos obstáculos el primero y más importante es el hecho de que las futuras madres no asisten con regularidad al control prenatal y además no contamos con suficiente personal que imparta estas pláticas; regularmente es el médico el que se

---

<sup>24</sup> Fernández de Castello, Isabel: Art. lactancia Materna. "ROL" de Enfermería. Volumen 11. N° 161. Agosto 1999. Pág. 48-49.

<sup>25</sup> Marriner-Towey, Ann. Et all. Modelos y teorías en enfermería, México 1994. Pág. 395.

encarga de dar la “charla” sobre la lactancia materna, pero por la presura de terminar la consulta la madre no descarga sus dudas sobre el personal de salud por lo que el papel de enfermería en este rubro es el más importante con las siguientes acciones se pretende enmarcar la importancia de la consulta por el personal de enfermería en control prenatal como promotoras de la lactancia materna.

Como puntos importantes tenemos.

El personal de enfermería debe participar en acciones de prevención y control oportuno para que la embarazada concluya satisfactoriamente su gestación. Para lograr lo antes mencionado deberá ejecutar las siguientes acciones:

- Orientar e informar a la embarazada durante sus consultas de primera vez y subsiguientes: evolución del embarazo, importancia y ventajas de la lactancia materna, el embarazo en la mujer adolescente e importancia del control prenatal.
- Informar a todas las usuarias acerca de los procedimientos a realizar su importancia y beneficios; dando confianza y seguridad a la paciente.
- Toma, valoración y registro de signos vitales y somatometría en el expediente clínico en cada consulta de la gestante.
- Elaborar un calendario obstétrico con datos específicos e imprescindibles (ficha de identificación y los datos ginecobstétricos completos) para detectar, evaluar, clasificar oportunamente los riesgos materno-infantiles, realizando adecuadamente la referencia y contrarreferencia a los niveles de atención pertinentes, para la resolución satisfactoria del embarazo, con beneficio del binomio.
- Otorgar enseñanza y capacitación a la paciente sobre las medidas higiénicas y dietéticas durante su embarazo. Recepción de las embarazadas de bajo riesgo derivadas por el médico y analizar la información contenida en su expediente clínico (historia clínica, vigilancia prenatal).

Dentro de las acciones de enfermería en el control prenatal esta la identificación temprana de la presencia de factores de riesgo, así como de los signos y síntomas de alarma durante esta etapa; es importante mencionar que el instruir e informar a la embarazada en forma individual de acuerdo a los factores de riesgo encontrados, facilita la comprensión de la problemática y por

consiguiente el interés de la madre por mantener un contacto más cercano con el personal de salud, para así evitar secuelas que son predecibles y prevenibles.

También el identificar las expectativas de las embarazadas, acerca de la lactancia materna y el alojamiento conjunto; con base a lo anterior fomentar en dichas madres la práctica de la lactancia materna.

El capacitar a la embarazada en la autoexploración, cuidado de las mamas y pezones, corrección de las anomalías del pezón, conocer la mama desde el punto de vista anatómico y fisiológico ayuda a interpretar lo importante de la práctica de la lactancia materna, así mismo es el momento idóneo para educar a las futuras madres sobre los beneficios de esta práctica.

De acuerdo a las etapas en las cuales clasifica Mercer la adopción del rol materno, es un objetivo de enfermería propiciar un ambiente lo suficientemente apropiado para lograr un verdadero cambio en las características de la práctica de la lactancia materna en un centro hospitalario. Dentro de los hospitales se ha provisto de un programa de lactancia materna, como se ha venido mencionando, en el cual se establece como prioritario el alojamiento conjunto, para lograr el reafirmar el vínculo madre-hijo; las acciones de enfermería en este punto son:

A manera didáctica.

- Difundir, promover y demostrar las diversas técnicas de amamantar.
- Confirmar la capacitación a la madre mediante la devolución del procedimiento en forma demostración. Informar a la madre, sobre las ventajas que otorga la práctica de la lactancia materna.
- Fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva, a libre demanda, día y noche y durante los primeros cuatro como necesaria y a seis meses como suficiente en la vida del infante.
- Informar a la madre las acciones para mantener la producción láctea. Enseñar a todas las madres, la técnica de la extracción manual de leche, y en casos en los cuales la madre no pueda lactar al infante personalmente o por alguna patología.
- Observar, valorar, planear, ejecutar y evaluar problemas que impidan llevar a cabo la práctica de la lactancia materna exclusiva. Identificar y aprovechar las oportunidades perdidas, para brindar una atención integral aprovechando los tiempos de estancia en el hospital.

- Informar a las usuarias de la existencia de los grupos de apoyo a la lactancia materna y sus funciones.

#### 2.4.3 Cuidados de enfermería a la mujer embarazada en la unidad de toco cirugía, en las diferentes etapas del trabajo de parto.

Las enfermeras de la Unidad de Toco Cirugía, deberán otorgar atención específica, a la mujer embarazada durante la estancia en la unidad, con el fin de establecer una comunicación abierta logrando con esta acción aminorar el estrés que esta generando el trabajo de parto. La comunicación es una pieza importante, desde el punto de vista de que al dar inicio a la orientación verbal referente al programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, la madre sabrá si comenzar con la lactancia materna o anteponer sus propias enseñanzas, llámense tabúes, y dar comienzo a una lactancia poco satisfactoria.

Dentro de las acciones de enfermería esta debe orientar a la paciente sobre los diferentes métodos de planificación familiar dando a conocer las ventajas de cada uno para su elección.

En la UTQ la enfermera toma, valora y registra las constantes vitales, así como la somatometría; la revisión del expediente clínico, efectúa el interrogatorio y la exploración física general y obstétrica para así establecer el diagnóstico obstétrico. Durante este tiempo se prepara emocionalmente a la futura madre en los pormenores del parto y el puerperio inmediato.

Ya en el área de labor se realizan los siguientes cuidados:

Recepción de la embarazada en su unidad asegurándose que reúna los requisitos de comodidad, y la preparación física y psicológica de la gestante. Nuevamente se corroboran las constantes vitales, se procede a la instalación de la venoclisis y la administración de los medicamentos prescritos por el médico tratante.

Se realiza la valoración del trabajo de parto (vigilancia constante de la evolución de contracciones uterinas: duración, intensidad y frecuencia; auscultar frecuencia cardíaca fetal y observar las características de secreciones vaginales: líquido amniótico y sangrado).

Se proporciona a las usuarias todas las medidas de comodidad; decúbito lateral izquierdo de preferencia, enjuagar el sudor de la cara, enseñarle a respirar y relajarse durante las contracciones, descansar entre contracción y darle masaje suave en el dorso. Detectar

oportunamente signos de alarma, identificar distocias maternas y/o fetales y referirlas al médico y colaborar con él para su resolución.

Informar a la embarazada sobre los beneficios de la lactancia materna, esto con el fin de reafirmar la información que tiene la futura madre.

En el área de expulsión la enfermera realizará:

- Corroborar la aceptación de la embarazada para integrarse al programa de lactancia materna exclusiva, al apego inmediato y alojamiento conjunto.
- Disponer del material y equipo necesario para la atención del parto.
- Colocar en posición ginecológica a la embarazada y realizar asepsia y antisepsia de la región perianal.
- Apoyar en la recepción del recién nacido y durante los cuidados inherentes. Demostrar a la madre la técnica de apego inmediato para enseñar acerca del programa de lactancia materna.

Una vez que la paciente pasa a la sala de recuperación, el recién nacido es puesto a disposición de la madre para su protección y alimentación, en esta etapa tan crucial para el vínculo madre-hijo la enfermera debe participar en las siguientes intervenciones:

- Proporcionar atención de enfermería al binomio sano, iniciando la lactancia materna temprana para obtener los beneficios de la misma.
- Informar a la madre sobre los beneficios de la lactancia materna y el alojamiento conjunto. Proporcionar atención integral a la madre y al recién nacido dándoles la orientación necesaria en lo referente a alimentación, higiene y cuidados en el hogar.
- Vigilar condiciones físicas de las usuarias en el puerperio fisiológico, quirúrgico en el postoperatorio (estado de conciencia, involución uterina, pérdidas transvaginales de tipo hemático y secreción láctea).
- Participar en la valoración clínica del recién nacido. Detección temprana de malformaciones congénitas, identificación oportuna de cambios fisiológicos y/o patológicos en el recién nacido.
- Proporcionar consejería sobre planificación familiar. Información clara y adecuada a los usuarios sobre las indicaciones de su egreso hospitalario.

- Detección oportuna de las usuarias que requieran orientación sobre lactancia materna, estimulación temprana al recién nacido, vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño; así como también informar de los cuidados en el puerperio para evitar complicaciones.
- Participar continuamente en el grupo de enfermería sobre el programa de lactancia materna.
- La ansiedad y la tensión, el frío fuerte y el dolor inhiben el reflejo de eyección y reducen la cantidad que se expulsa. Esto indica la necesidad de que la madre se encuentre en un medio cómodo y tranquilo para alimentar al niño. La enfermera debe valorar la situación psicosocial de la madre con cuidado y planear métodos para aliviar los factores que aumenten la tensión, con el fin de lograr que la alimentación al seno tenga éxito.

Dentro de los cuidados de enfermería esta el ver los puntos que promueve la ONU-

UNICEF para instar una correcta lactancia materna a los bebés:

#### 10 maneras de promover la lactancia materna

1. Habla con tu médico sobre tu compromiso con la lactancia materna.
2. Continúa con la lactancia una vez en el trabajo, extrayendo la leche allí mismo si fuera necesario.
3. 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.
4. Envía cartas a los políticos, urgiéndolos a apoyar legislación que apoya la lactancia materna; a las escuelas locales, abogando porque la lactancia esté incluida 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.
5. Intenta estar bien informada sobre la lactancia materna e informa a otras personas sobre sus ventajas. Menciona las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial



de la Salud) y los consejos de organizaciones pro-lactancia que recomiendan la lactancia durante 2 años (o hasta por lo menos los 12 meses).

6. Regala libros y artículos que faciliten la lactancia a las nuevas mamás.
7. Asíciate con organizaciones y grupos de apoyo y defensa de la lactancia.
8. Insiste en que las madres sean positivas y entusiastas sobre la lactancia. Cuando la gente te haga algún cumplido sobre tu bebé, diles que "mama leche materna".
9. 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.
10. Recomienda que la nueva madre de mamar en público -- mucho!<sup>26</sup>

#### 2.4.4 Promoción de la lactancia materna: una tarea de enfermería.

En otras sociedades, la experiencia y el apoyo para amamantar se transmiten de madres a hijas, pero en nuestro medio la madre hospitalizada se encuentra expuesta a la política institucional sobre lactancia de cada institución. Esto significa que si en esa Maternidad se trabaja a favor de la lactancia o es un Hospital Amigo de la Madre y el Niño es probable que se encuentre con mensajes de apoyo y sea alentada para amamantar.

Pero si esto no es así, del Equipo de Salud, es el personal de Enfermería quien permanece la mayor parte del día en contacto con el binomio madre-hijo durante la estancia hospitalaria. Las opiniones y palabras favorables o desalentadoras de las enfermeras sobre el establecimiento y la evolución del amamantamiento suelen tener gran importancia, sobre todo para madres primerizas o inexpertas.

En aquellas instituciones donde no se favorece la lactancia, el personal de Enfermería no ha sido capacitado para brindar ayuda a las madres. Es común que se emitan juicios sobre la capacidad de amamantar de las madres y, habitualmente, estos bebés reciben biberones de fórmula antes del alta. Diferentes estudios realizados confirman que la oferta al bebé de biberones antes de haberse establecido la lactancia trae como consecuencia cambios en los patrones de succión y, por consiguiente, dificultades y abandono precoz del amamantamiento.

---

<sup>26</sup> Publicadas y reconocidas por la OMS en la Conferencia Internacional de Fortaleza del 22 al 26 de Abril 1985.

Generalmente, las enfermeras no tienen la oportunidad de ver qué sucede con la lactancia de sus pacientes cuando dejan el hospital. Sólo suelen tener influencia durante la etapa inicial, lo cual puede resultar poco gratificante al no tener continuidad en la relación iniciada desde el parto.

En los últimos años, la Enfermería ha avanzado en su proceso de profesionalización, alcanzando altos grados de competencia y responsabilidad. En la atención materno infantil, protagoniza un rol de referencia para los padres de los pequeños pacientes.

La promoción de la lactancia en los servicios de Maternidad comienza por las enfermeras circulantes en área de partos y quirófanos, quienes pueden facilitar la puesta al pecho del recién nacido en los momentos siguientes al parto. A veces, cuando la madre está despierta, puede también ponerse al bebé sobre su pecho durante la cesárea, estimulando el contacto piel a piel y a reconocer el pezón.

Las enfermeras de Maternidad pueden favorecer el amamantamiento brindando un clima de aprobación y posponiendo los procedimientos y rutinas a realizar a la madre si es que el niño está prendido al pecho.

En los Servicios de Neonatología, los profesionales de Enfermería deben ofrecer información sobre la importancia de la lactancia a las madres de niños prematuros o enfermos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos en cuanto estén en condiciones de visitar a sus bebés y establecer contacto con ellos. Aún cuando el bebé se encuentre en estado crítico, una buena oportunidad de darle a la mamá las herramientas para sentirse útil y activa en el proceso de curación de su hijo es enseñarle a extraerse leche. Si el niño no está en condiciones de alimentarse puede ser alentada diciéndole que es importante estimular una buena producción de leche para estar lista cuando su bebé pueda comer. Si la familia o el servicio cuentan con un refrigerador, la leche materna puede almacenarse en recipientes estériles. Las enfermeras le enseñarán a las madres técnicas de extracción manual o con bomba mecánica. Asegurando a estas mamás un ambiente cálido y amable para desarrollar esta tarea, rodeadas de fotos de bebitos, siempre que fuera posible, favorece el clima solidario y de camaradería entre ellas. En el período de prealta, las enfermeras del sector Cuidados Intermedios ayudarán pacientemente a estas madres con sus bebés en el proceso de aprendizaje de la succión al pecho, mientras aún se completa el aporte por sonda.

En el caso del sector Pediatría, es frecuente que madres de lactantes internados por diferentes causas pierdan su lactancia por no mantener su producción adecuadamente. ¿Quién se

ocupa de este tema olvidado? Indudablemente, el personal del servicio con quien conviven las 24 horas son las enfermeras. Una actitud paciente y alentadora de su parte sobre la importancia de mantener la producción láctea mediante técnicas de extracción debería ser adoptada en todos los servicios de pediatría.

La función educativa de Enfermería no se agota en la Unidad, la sala o el consultorio, sino que se extiende a la comunidad y a los medios de comunicación como promotora de los derechos de la mujer que amamanta y de la necesidad de una legislación que la proteja.

La capacitación es el elemento a tener en cuenta para mejorar la inclusión de Enfermería en la promoción de la Lactancia. Aprender, no sólo la fisiología de la lactancia sino los aspectos técnicos y la destreza para resolver situaciones problemáticas.

Es función de las enfermeras comprometidas con la defensa de la lactancia ejercer la docencia en servicio y la capacitación de los colegas en los hospitales, sanatorios, escuelas de enfermería y postgrado, con el objetivo de optimizar la atención de los pacientes y sus familias.<sup>27</sup>

## 2.5 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

### 2.5.1 Generalidades.

Las ventajas de la lactancia materna son evidentes para el niño, la madre, la familia y la sociedad. Hay varias razones importantes para el amamantamiento aún cuando no se pueda hacer durante mucho tiempo. Una consideración práctica es que al elegir la lactancia materna, puede cambiar de parecer e iniciar la alimentación con biberones con relativa facilidad. Si inicias la lactancia con biberones y, después, decides que amamantar es una mejor alternativa, tendrás ya varios problemas para realizar el cambio: el bebé se habrá acostumbrado a beber de un pezón de goma y la cantidad de leche con que dispone la madre habrá disminuido en volumen. La leche materna humana es tan completa en el aporte de los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades de los niños que podemos decir en general, que no se requiere otra fuente alimenticia hasta que el bebé tenga alrededor de 6 meses de edad. Aún a los 7 meses, la leche de una madre bien nutrida es una fuente magnífica de las vitaminas que necesita el niño.

---

<sup>27</sup> Neifert, M. Arianne, Lawrence, Ruth y col, "Nipple confusion: Toward a formal definition", *The Journal of Pediatrics*, vol. 126, núm. 6, Pág. 125-129.

La leche materna siempre está lista y a buena temperatura (adecuada). No se tiene que preocupar por la descomposición de la leche, y nunca se desperdiciará. La leche materna también suele ser más segura, ya que no se preparan mezclas equivocadas, como sucede con las fórmulas, y está libre de cualquier contaminación.

La estimulación de los pezones por la succión del niño provoca que el útero se contraiga rítmicamente durante los primeros días después del parto. Estas contracciones son necesarias para volver al útero a su tamaño anterior al embarazo, así como para restablecer el tono muscular. La alimentación al seno también puede ayudar a perder algo del peso acumulado durante el embarazo ya que la grasa que se acumuló es una fuente de energía productora de leche.

## 2.5.2 Biológicos.

Dentro de los beneficios biológicos tenemos muchos, en este apartado sólo mencionaremos los más importantes para fines didácticos y de cómo base teórica dentro de nuestra investigación: comenzaremos por el aspecto anticonceptivo y sexual, los beneficios para el bebé y la madre desde este concepto de beneficios biológicos.

### 2.5.2.1 Efectos anticonceptivos y sexuales.

Los cambios hormonales que acompañan a la lactancia inhiben la ovulación. Esto ocurre solamente si la alimentación materna está bien establecida, cuando no hay alimentación complementaria. Disminuye el sangrado después del nacimiento del niño, tanto en el momento posterior al parto como en los días siguientes. Favorece un espaciamiento natural de los embarazos cuando se alimenta en forma exclusiva con el pecho, si se le da al bebé por lo menos una toma de pecho durante la noche, si el niño es menor de seis meses y no se ha presentado el periodo menstrual, la seguridad es de un 98%. La duración del retraso depende del tiempo que la madre amamante a su hijo.

Se han hecho estudios sobre los efectos de la lactancia en los grados de deseo sexual. La experiencia común, es que hay una disminución transitoria del mismo. Las mujeres también han observado que después del parto tienen mucho menos lubricación vaginal, y este efecto puede

hacerse más prolongado en las mujeres que amamantan. También disminuye la depresión posparto, el cáncer de ovario y el cáncer de mama premenopáusicas.

#### 2.5.2.2 Beneficios para el 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.

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 (90 minutos); mientras que el de las fórmulas adaptadas basadas en leche de vaca es de tres horas. Las grasas de la leche materna son únicas pues favorecen un mejor desarrollo de su cerebro y las proteínas de muy fácil digestión, que favorecen que el estómago se vacíe más rápidamente, no producen alergias y brindan un amplio esquema de defensas para el niño. Otras ventajas para el niño es la menor incidencia de caries y de problemas de desarrollo dental. El impacto emocional y de desarrollo neurológico son puntos que no debemos olvidar que se dan de mejor manera en los niños amamantados.

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 lactoferrina 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 sintéticos.

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 ésta.

Protege los oídos: según un estudio las otitis medias se reducen en un 50% entre los bebés amamantados.<sup>28</sup>

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

---

<sup>28</sup> Fernández, de Castelló, Isabel, Art. Así protege la leche de la madre al recién nacido, "Investigación y Ciencia" Febrero 1996.

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.

### 2.5.2.3 Beneficios para la madre.

Ayuda a la madre en el alumbramiento: poner al niño al pecho, nada más, 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 posparto y anemias.

Previene las depresiones posparto : 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.

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 el desarrollo de los niños.

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 leche.

### 2.5.3 Beneficios económicos y sociales.

La lactancia humana tiene un fuerte impacto económico pues el ahorro en la compra de fórmula y sus agregados como biberones, esterilizadores, etcétera es trascendente. Además al enfermarse con menor frecuencia el niño, se gasta menos en medicamentos, exámenes de laboratorio y consultas médicas, por lo que también se reduce el ausentismo laboral en el caso de las madres trabajadoras. Los beneficios para la comunidad son dos: se reduce el gasto en servicios de salud, pues es menor el costo de la prevención, que el del tratamiento y se tiene impacto en la fertilidad, con un espaciamiento de los embarazos.

Además de los beneficios implicados en materia de salud, hay la ventaja de tener leche "lista para usarse", a la temperatura correcta y libre de contaminación bacteriana. Se han documentado bastante bien los aspectos económicos de la alimentación materna, tomando en cuenta la comida en exceso que la madre consume, un análisis reciente muestra que la alimentación con biberón es 2-3 veces más costosa que la alimentación materna. Un bebé alimentado con fórmula láctea puede consumir cuando menos 20% más del presupuesto familiar.

#### 2.5.3.1 Beneficios 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.



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 la leche materna al bebé, una vez que la madre se la haya extraído de forma manual o con un tiraleches y la recoja en un recipiente esterilizado. Esta leche se tapa rápidamente y se guarda en el refrigerador. 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.

#### 2.5.3.2 Beneficios 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 mamilas.

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 LACTANCIA ARTIFICIAL.

La lactancia artificial no es otra cosa que el plan "B" para lograr que el recién nacido se alimente, pero el uso del biberón no impide que siga siendo leche materna la que se le brinde al bebé. Y esta es una opción si se desea volver al trabajo o a la escuela.

Hoy en día las madres que han tenido un bebé regresan al trabajo y a la escuela y continúan lactando. Sólo toma un poco de planificación y práctica. Los beneficios de la lactancia continúan aún cuando el bebé está separado de la madre, y la mamá que trabaja se beneficia al tener un bebé más saludable y tranquilo.

Se debe recomendar que espere hasta que la producción de leche sea suficiente para el bebé antes de tratar de extraer la leche. En otras palabras, esperar hasta que el bebé tenga de cuatro a seis semanas. Si es posible, trata de conseguir una guardería cerca del trabajo o la escuela para poder lactarlo durante el mediodía.

Debe practicar la extracción de la leche diariamente por una o dos semanas antes de volver al trabajo, si es posible, con el bebé al otro pecho para acostumbrarse al ruido y la sensación de la bomba.

Se le debe recomendar que no se preocupe si al principio sólo sale un poco (menos de una onza). Se congela lo que se extraiga, y entonces añadir la próxima leche que se extraiga tras enfriarla en la nevera. Congelar de 2 a 4 onzas a la vez, para que no tenga que tirar leche que se descongeló y no se tomó el bebé.

Para acostumbrar al bebé al biberón, hay que ofrecer leche en biberón después que tenga de 4 a 6 semanas. Es mejor que el papá, la abuela o la persona que lo cuide le dé el biberón para que así el bebé que sólo ha lactado con la madre se acostumbre a tomar con otros. Tratar de volver al trabajo gradualmente, dos o tres días a la semana al principio si es posible.

La madre se debe despertar temprano y lactar el bebé acostada antes de salir para el trabajo. Se debe extraer la leche por la mañana, al mediodía y por la tarde si va a estar más de 9 horas sin lactar. Al volver del trabajo, lactar al bebé antes de hacer otra cosa. Esto ayuda a calmarlos a los dos. Lactar al bebé durante la noche, preferiblemente en su cama para que pueda descansar. Los fines de semana debe lactar al bebé frecuentemente para aumentar la producción de leche.

La toma del bebé, cuando se está alejado de él es aplicar el plan "B" que consiste en el biberón. La "leche maternizada" o fórmula no tiene la protección contra infecciones ni los

nutrientes que la leche materna provee específicamente para el bebé. Dar fórmula cuando al bebé está tratando de iniciar la lactancia puede causar dos problemas:

- 1) que el bebé desarrolle alergias debido a la proteína tan ajena que es introducida a su sistema y
- 2) que el bebé no aprenda a lactar bien, ya que cuando toma biberón no mueve su boca, lengua y labios de la misma forma que cuando lacta.

Una vez que el bebé aprenda a lactar y la madre tenga una buena producción de leche, se pueden usar biberones o chupones, pero usando la leche que la madre se extrae, para así evitar las complicaciones que trae el darle al bebé un alimento al cual no está acostumbrado.

Los humanos somos animales de costumbre. Sabemos lo que queremos y cuándo lo queremos. Un bebé lactante sabe que cuando tiene hambre desea el pecho de su mamá y entre otras cosas asociará a su madre con el alimento y la satisfacción del estómago lleno.

Si una madre lactante se tiene que ausentar a la hora de la toma, hay que poner en movimiento el plan "B" que consiste en el biberón. Es posible que incluso un bebé que acepte la alternativa del biberón, mame con la misma ansiedad de siempre al final del día de trabajo cuando se reencuentre con el pecho de su madre, esto se puede lograr con sólo un poco de planificación, para hacer más suave la transición para la madre y el bebé.

#### El Tiempo Cuenta

La sincronización es clave para asegurarse de que el bebé le dará la bienvenida al biberón, mientras continúa gozando del vínculo de lactancia con su madre. Melissa Vickers, IBCLC de Huntingdon, Tennessee, señala que es mejor esperar a que la lactancia materna esté bien establecida antes de ofrecerle el biberón al bebé. "La alimentación en biberón requiere de un acercamiento por parte del bebé completamente diferente al del pecho" dice Vickers "y algunos bebés confrontan dificultades cambiando de un lado a otro si se les da el biberón demasiado temprano." Después de unas cuatro semanas de lactancia, esta se ha convertido en una segunda naturaleza del bebé y entonces este puede enfrentarse a algo diferente. "Confusión de pezones" es el término que se aplica cuando un infante tiene dificultades en ajustarse al cambio entre el pecho y el biberón. Evitar la presentación prematura del biberón, puede contribuir a que la confusión de pezones quede solo como un término y no como una experiencia.

Dentro de las técnicas para ofrecer el biberón la madre no debe ser la primera persona en ofrecerlo porque muchos bebés lactantes no mostrarán interés en una imitación artificial del pecho de su mamá, especialmente porque no huele como el pecho materno.

Un excelente consejo para los padres que quieren ofrecer un biberón a sus bebés lactantes. "Al revés de la opinión popular de que 'cuando tengan hambre tomarán de la botella' yo exhorto a los padres a que le ofrezcan el biberón a sus bebés precisamente cuando no tienen hambre. Un bebé lactante va a reconocer inmediatamente que la botella no es mamá, pero debe aprender que también puede saciar su hambre. Escoge un momento en que el bebé esté lleno, contento y despierto. Déjalo jugar con el biberón para darle oportunidad a que se familiarice con él." <sup>29</sup>

### 2.6.1 Riesgos ecológicos.

Para alimentar a los niños con fórmula y sin riesgo se requiere de una enorme industria que genera gran cantidad de productos de desecho. Debemos analizar con detenimiento los motivos de quienes abogan por la utilización de las fórmulas que se distribuyen en el mundo. También sería aconsejable examinar con detenimiento las consecuencias ecológicas de los países industrializados que utilizan la fórmula como el principal alimento para recién nacidos y lactantes. Si sumamos el número de vacas necesarias para producir la leche; la cantidad de tierra, alimento y agua requeridos para sostenerlas; el combustible, equipo y la energía utilizados para recoger, transportar, procesar, empaquetar y distribuir la fórmula; las latas metálicas utilizadas y luego desechadas; los árboles necesarios para producir el papel y los cartones que se usan en el empaquetado y la promoción de las fórmulas infantiles; la cantidad de vidrio y plástico necesaria para hacer botellas y tetillas (chupones); la energía requerida para esterilizar biberones, equipo y agua, y para calentar la fórmula preparada hasta alcanzar la temperatura adecuada para el niño; y los jabones detergentes indispensables para lavar tetillas y biberones. tendremos una idea de la magnitud del desperdicio que implica la alimentación masiva de la leche de vaca a cualquier ser que no sea un ternero.

## 2.7 PRÁCTICA CORRECTA DE LA LACTANCIA MATERNA.

---

<sup>29</sup> iParenting Español; 2001, LLC. <http://lactanciahoj.com/>.

Los hospitales están comenzando a cambiar sus políticas y prácticas para apoyar la lactancia materna. Aún así todavía es la responsabilidad de cada futura madre aprender lo más que pueda sobre la lactancia materna y llegar al hospital preparada y educada para comenzar la lactancia aún cuando el personal del hospital no le pueda brindar todo el apoyo deseado.

Recomendamos que las familias aprovechen el tiempo del embarazo para crear el ambiente que se va a necesitar en el hogar tras dar a luz. Los primeros días después que el bebé nace no son los mejores para tomar decisiones. Es mejor tomarlas antes del parto.<sup>30</sup>

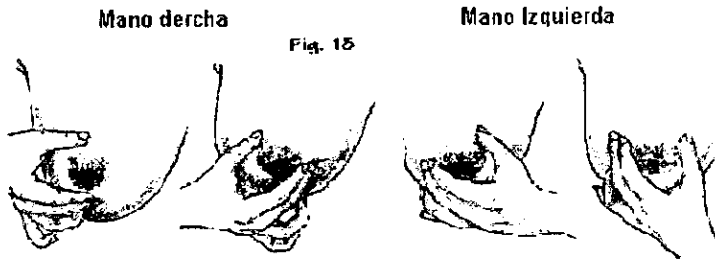
En ocasiones no es necesario preparar los senos para la lactancia, pues las hormonas del embarazo ya lo hacen. No usar cremas ni jabones especiales. Los senos tienen unas glándulas que secretan un aceite natural que ayuda a proteger el pezón. Los jabones remueven esta protección natural.

Se recomienda examinar los pezones para ver si éstos son invertidos. Los pezones invertidos se hunden hacia el seno cuando se aprieta el área del areola de media a una pulgada detrás del pezón. Si el pezón sobresale, no tiene pezones invertidos. Si el pezón se queda plano o se hunde en el seno, se debe informar a la enfermera Consultora en Lactancia para que se pueda facilitar la lactancia. (figura 13)

---

<sup>30</sup> Jeanette Panchula, BA-SW, RN, IBCLC: <http://www.prlacta.org/breastfeeding/pregnantspan.htm>.

## PREPARANDO LOS PEZONES PLANOS O INVERTIDOS



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

### 2.7.1 Técnicas, posiciones y posturas.

En términos generales el empleo de técnicas durante la lactancia materna es con el fin de que la práctica de la alimentación al seno materno no tenga complicaciones.

La lactancia Materna debe de ser una experiencia confortable y agradable. La mayoría de nosotros ha oído acerca de pezones lastimados. Se puede evitar este problema la mayoría de las veces. Sin embargo, muchas madres primerizas, encuentran que sus pezones son muy suaves durante los primeros días cuando el bebé comienza la lactancia. Esto usualmente desaparece a la 1-2 semana.

Ayudar a la madre a experimentar diversas posiciones durante la lactancia es una faceta importante, ya que una madre sin experiencia talvez no este conciente de las opciones y es conveniente que tenga la oportunidad de probar diversas posiciones. (figura 1)

Las mejores posiciones para cualquier madre e hijo dependen de diversos factores, que incluyen la forma y tamaño del seno, tamaño del niño y estado de la madre, que puede tener dolor. Sin embargo es conveniente indicarle que evite usar la misma posición cada vez que amamante al niño. El área del pezón que se alinea a al nariz y barbilla del niño se somete a mayor tensión, por lo que es conveniente variar la posición de amamantamiento de una a otra tetada, porque así cambia la posición de la boca del niño sobre el pezón.

## CONSEJOS PARA COLOCAR AL BEBÉ



St. Louis City WIC, Human Development Corporation, 629 N. Spring, St. Louis, MO 63108

Figura 1

Fuente: Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva, Vol.39 No.2, <http://www.insp.mx/salud/39/392-3s.html>.

Precaución: ampollas, grietas, sangrado y/o dolor que continúa durante o entre alimentos no es normal. Consulte a su Ginecólogo o a su Pediatra si tiene cualquiera de estos problemas.

Cuide sus pezones muy tiernamente, iniciando con una posición correcta.

Posición de cuna o sentada:

En caso de que prefiera alimentarlo sentada quizás se sienta más cómoda en una silla con un banquito para apoyo de pies. Si se queda en cama, la posición alta de Fowler talvez sea la

mejor. Después de una intervención cesárea, la madre se siente más cómoda si dobla las rodillas y las abduce, y usa almohadas como apoyo para las mismas.

Es conveniente colocar una almohada debajo del brazo que da apoyo al niño para reducir la tensión en los músculos o colocar una almohada debajo del niño para elevarlo a la altura correcta con el fin de que tome el seno con facilidad.

Coloque una almohada o dos en sus piernas, para apoyar a su bebé.

Acomode la cabeza de su bebé en la curvatura de su brazo.

Asegúrese que su bebé se vuelve hacia usted (tórax con tórax) a nivel de la mama (Fig. 2).

Fig. 2



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.



## POSICIÓN DE CUNA

- 1.- Apoye su mama con su mano en posición en "L" o "C" (Fig. 3), el pulgar encima del pecho, y los demás dedos abajo, lejos de la areola.
- 2.- Haga cosquillas en el labio inferior de su bebé hasta que abra ampliamente la boca, entonces atráigalo rápidamente hacia su pecho. Sea paciente, esto puede tomar un minuto.
- 3.- Asegúrese que los labios de su bebé abarcan la areola.
- 4.- La punta de la nariz de su bebé debe tocar el pecho.

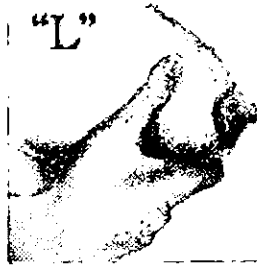
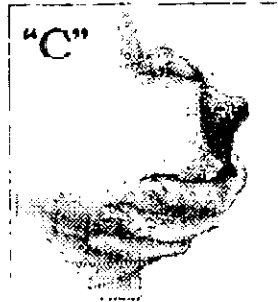


Fig. 3



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

### Posición de balón de Football

Otra posición alterna es con el niño frente al seno, se apoya su cuerpo con una almohada a lo largo del costado de la madre y que pase por debajo de su brazo como si fuera un balón de Football americano. Esta posición es de ayuda para las madres que tienen a su hijo por cesárea o que alimentan a gemelos en forma simultánea. Esta posición se realiza:

- Sobre una almohada o dos apoye a su brazo y a su bebé.

- Detenga el cuello de su bebé y la parte baja de su cabeza en su mano, con su antebrazo apoye su cuerpo contra el costado de usted (Fig. 4).



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

Siga los pasos 1, 2, 3, 4 descritos en la posición de cuna.

Posición acostada

- Recuéstese de lado con almohadas apoyando su espalda y su pierna que queda hacia arriba, la cual debe de estar doblada.
- Coloque a su bebé de lado frente a usted (Fig. 5).



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

Siga los pasos 1, 2, 3, 4 descritos en la posición la cuna.

Algunas madres improvisan posiciones que funcionan bien para ellas y sus hijos; por lo tanto casi cualquier posición es correcta, siempre y cuando la mama se sienta cómoda y el bebé tenga el pezón y parte de la areola en la boca.

#### Posición del RECIÉN NACIDO:

Cuando la madre se encuentra cómoda, la enfermera le ayudara a colocar al bebé para que este "tome" el seno en forma correcta.

El bebé debe estar cerca del seno para que no se suma con su propio peso.

El bebé debe estar de lado con su abdomen tocando el de la madre.

Espere hasta que el bebe abra la boca como si fuera a dar un gran bostezo.

Cuando el bebé abra bien la boca acérquelo hacia usted, para que quede bien cerca, con su nariz tocando el pecho.

El niño debe ser capaz de tomar el pezón y la mayor parte de la areola, ya que si solo toma el pezón no recibirá leche porque no comprime los senos galactóforos, también causará daño al pezón y dolor a la madre. (figura 2)

Fig.1 Niño bien agarrado al pecho



Fig. 2 Niño mal agarrado al pecho



Figura 2

Fuente: Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva. Vol.39 No.2, <http://www.insp.mx/salud/39/392-3s.html>.

El bebé debe tener los labios bien evertidos, el recién nacido no deberá halar el pezón dentro de su boca como si fuera un “espagueti”.

La madre debe sentir una succión, pero no dolor.

Si la madre se sienta y tienen al niño en brazos, los siguientes pasos pueden ayudarla a reducir la incomodidad y colocar al recién nacido en posición correcta.

La cabeza del bebé debe encontrarse en el dobléz del brazo de la madre, con la mano de ésta, deteniendo sus glúteos o piernas, con el cuerpo del niño hacia ella y la boca al nivel del pezón. Su brazo inferior debe estar en torno a la cintura de la madre.

Es importante que el niño se encuentre de lado y de frente a la madre, de manera que no tenga que volver la cabeza para tomar el pezón y que todo su cuerpo lo comprima contra el de ella, con su hombro y cadera en línea.

El consejo de introducir “toda la areola” a la boca del niño causa confusión y con frecuencia es imposible de sugerir porque muchas areolas son de gran tamaño, pero lo importante es recordar que el niño debe tener suficiente areola en la boca para que comprima los senos galactóforos.

Varíe la posición de la lactancia durante la primera semana.

Amamante frecuentemente, cada 1.5 a 3 horas (8 a 12 alimentos en 24 horas). Manteniendo a su bebé recién nacido en un horario artificialmente alargado lo pondría

desesperadamente hambriento y acrecentaría la probabilidad de una lactancia demasiado vigorosa lo que hará que sus pezones se lastimen.

No retire a su bebé hasta que termine la succión de la mama. Haga esto poniendo un dedo limpio en un lado de la boca de su bebé entre sus encías (Fig. 6). No lo retire hasta que sienta que la succión termina.



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

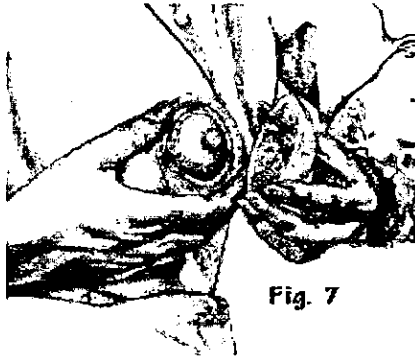
Después de retirar a su bebé, exprima un poco de su leche y frote con ella en forma de masaje, el pezón y la areola. Deje secar al aire libre tanto como sea posible. Nunca use jabón, alcohol, o cremas especiales en sus pechos o pezones. Agua es todo lo que se necesita para limpiar sus pechos cuando se baña.

#### Manejo

Si sus pezones llegan a lastimarse:

- 1.- Respire profundo, oiga música suave u otra técnica de relajación antes y durante la succión del bebé.
- 2.- Limite el tiempo de lactancia en el pezón dañado.
- 3.- Alimente primero del lado menos lastimado.
- 4.- Exprima un poco de leche antes, para estimular a que baje.
- 5.- Dé masaje a sus senos mientras amamanta, esto estimula a que la leche baje.

6.- Use brasieres sin varillas plásticas. Use almohadillas (fig. 7). Cambie frecuentemente las almohadillas, para mantener seco el pezón.



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

7.- Si sus pezones llegan a secarse o agrietarse, use cremas con lanolina. Esto forma una barrera contra la humedad y los mantiene secos.

8.- Si sus pechos llegan a ingurgitarse, pruebe exprimirlos un poco primero. Los pechos ingurgitados dificultan a su bebé el comer. Al extraer un poco de leche manualmente, con tira leche o con bomba, ayudan a que se haga la areola más suave. el pezón más erecto y la alimentación más fácil.

9.- Use cubiertas agujereadas para los pezones lastimados entre las lactancias, esto permite que circule el aire y los protege de la irritación por el brasier.

#### Ingurgitación mamaria:

Durante la primera semana después del parto, cuando el calostro cambie a leche, los pechos llegarán a estar llenos. Esta llenura del posparto (normal) usualmente disminuye dentro de 3-5 días. Se desarrollará ingurgitación si su bebé no extrae adecuadamente la leche de los pechos.

Durante este tiempo los pechos se tocarán duros, dolorosos y calientes.

#### Prevención:

Usted puede prevenir la ingurgitación:

Dirija a la madre durante la lactancia materna, recomiende que frecuentemente, sea de 8 a 12 veces en 24 horas.

Evite suplementos de agua o fórmula por las primeras 3-4 semanas a menos que su pediatra se lo indique.

Si se pasa algún horario sin amamantar, extraiga la leche.

Cuando se destete al bebé, se debe hacer gradualmente.

Tratamiento:

- Aplique toallas calientes, húmedas a sus pechos (Fig. 8), por 2-5 minutos, o tome una ducha caliente antes de alimentar a su bebé.

- Extraiga algo de leche para ablandar la areola después de usar calor húmedo. Esto facilita al bebé tomar al pecho.



Fig. 8

Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpcers/medina/posparto.htm>.

- Desea un masaje suave del pecho antes de y durante la lactancia.

- Use respiración profunda, música suave u otras técnicas de relajación antes y durante la lactancia.

- Aplique compresas frías a su pecho después de la lactancia para disminuir la incomodidad e hinchazón.

- Si su bebé toma pecho de un solo lado, use una bomba eléctrica (Fig. 9), un tira leche o expresión manual, para vaciar la leche del otro durante los períodos de ingurgitación.

- Si su bebé no puede prenderse o se hunden sus pezones, use una bomba eléctrica, un tira leche o la expresión manual para ablandar la areola. Use calor húmedo y de masaje a su pecho

antes de bombear. Continué bombeando cada 2 horas, 10 minutos por lado, hasta que su bebé pueda prenderse.

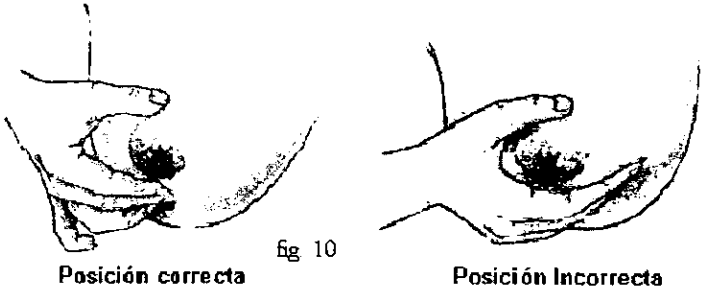
**Fig. 9**



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

- Si sus pezones continúan aplastados, póngase varias cubiertas multiperforadas (Fig. 7), por una hora y media antes de amamantar. Esto ayudará a que se le haga un poco más de pezón, facilitando la lactancia al bebé.

Para la expresión manual de la leche materna: Coloque el dedo pulgar sobre el pezón y los dedos índice y cordial aproximadamente a 3 cm. abajo del pezón, aunque no necesariamente en los bordes del círculo exterior de la areola. Use esta medida como una guía, ya que los pechos y las areolas varían de una mujer a otra. Asegúrese de poner las manos en forma de la letra "C" y las yemas de los dedos deberán estar a las 6 y las 12 del reloj (Fig. 10), en línea con el pezón. La posición de los dedos es para que los depósitos de la leche queden bajo ellos. Evite tomar todo el pecho con la palma de la mano como si fuera una naranja.



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

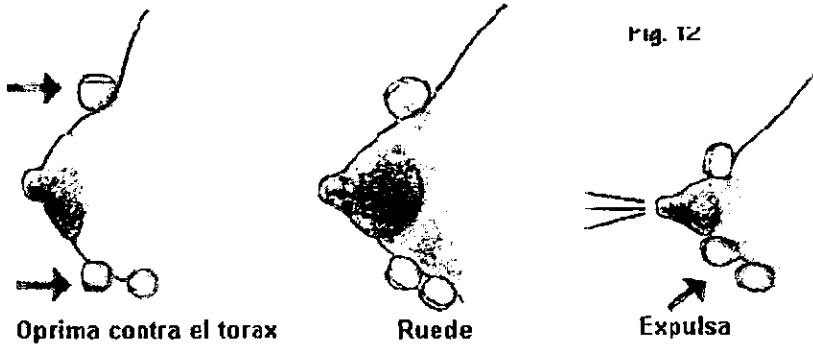


Presione directo hacia la pared del tórax.

No separe sus dedos en toda la mama.

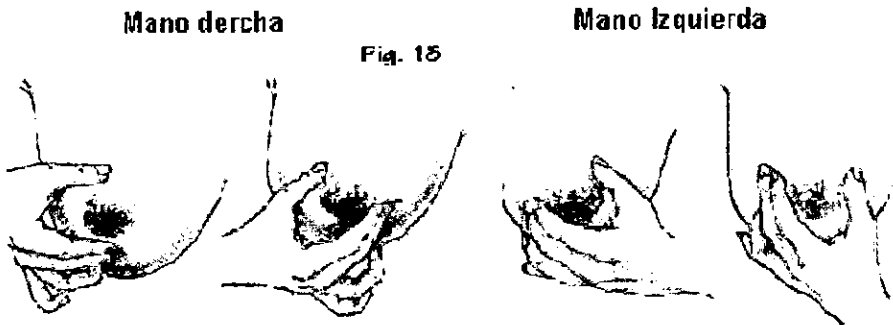
En pechos grandes, primero levántelos y después oprímalos contra la pared del tórax.

Deslice los dedos y el pulgar hacia adelante, al mismo tiempo. Este movimiento (Fig. 12) rodante comprime y vacía depósitos de la leche sin dañar el sensible tejido del pecho. Note la posición de dedo pulgar y las uñas durante el deslizamiento final como se muestra en la ilustración.



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

Ruede el dedo pulgar y los otros dedos para ordeñar los demás depósitos de leche, use ambas manos en cada pecho (Fig. 13).



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

### Evite Algunos movimientos

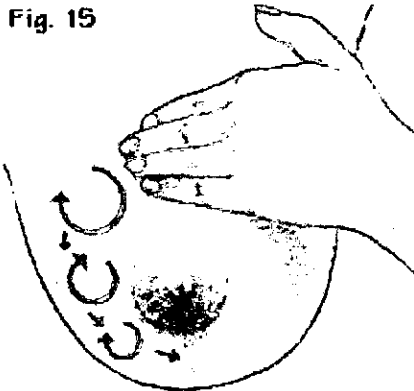
- 1.- No apriete tanto el pecho, como para machucarlo.
- 2.- Resbalando las manos contra el pecho podría causar quemaduras en la piel.
- 3.- Evite tirar del pezón, podría dañar los tejidos (Fig. 14).



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

### Masaje Suave:

Oriente sobre el masaje a las células y los conductos productores de leche, oprimiendo firmemente con los dedos aplanados contra el tórax, desde su inicio hasta la punta de los senos. Mueva sus dedos circularmente por unos segundos en un punto de la mama y luego pase a otro punto, siguiendo una espiral, alrededor de la mama, hacia la areola (Fig. 15). El movimiento es similar al usado en la autoexploración mamaria.



Fuente: Dr. Medina. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>.

## 1. Horario de alimentación:

Actualmente se acepta el horario autorregulado o a libre demanda, en especial en los niños que se alimentan al seno (éste consiste en alimentar al niño cuando siente hambre). Cuando se sigue un horario rígido y el niño tiene que aguardar hasta que sea la "hora" de mamar, es probable que no se adapte bien. En ocasiones tiene mucha hambre y se siente inquieto lo cual interfiere con el proceso; en otros casos se agota de tanto llorar, o la sensación de hambre ya desapareció cuando llega el momento de alimentarlo. De manera similar, si el niño está profundamente dormido será difícil despertarlo y tal vez no se alimente bien. Se debe enseñar a las madres a observar el comportamiento de sus hijos para percibir los signos que indican hambre.

Alimentar al niño según lo demande no implica que el recién nacido deba permanecer largos periodos sin ingerir alimento. La mayor parte de los niños que se alimentan al seno desean hacerlo cada dos o tres horas al comenzar, y algunos niños que lloran poco y no presentan los signos de hambre normales de modo probable dejen transcurrir mucho tiempo entre uno y otro alimento; en estos casos conviene indicar a la madre que alimente al niño aunque parezca no tener hambre. La succión frecuente estimula y satisface las necesidades de succión del niño.

Poco a poco los niños dejan transcurrir periodos más largos entre una y otra alimentación, y sus patrones de amamantamiento son menos variables.

Trate de hacer eructar a al bebé entre alimentos de cada pecho y cuando termine. Acomode a al bebé sobre su hombro, siéntelo en sus piernas, o recuéstelo boca abajo sobre sus piernas. Esté seguro de apoyar la espalda cabeza del bebé. Palmee la espalda del bebé ligeramente hasta que oiga un eructo.

Cuando el bebé tenga entre 4 y 6 meses de edad, su pediatra aconsejará comenzar a alimentarlo con cereal infantil y fruta colada. Pregúntele qué comidas son las mejores. A veces no podrá estar con su bebé a la hora del alimento.

## 2. Después del parto merecen una consulta especializada las siguientes situaciones:

- Pechos muy dolorosos o congestionados.
- Bebé con dificultades para prenderse.
- Internación del bebé por prematurez, ictericia, etc.
- Pezones planos o umbilicados.

- Bebé que no aumenta de peso.

## 2.7.2 Nutrición en el amamantamiento.

### 2.7.2.1 La madre.

Las pruebas de que una buena nutrición es importante para la eficacia de la lactancia es de fundamental importancia, ya que sea demostrado que un niño alimentado al seno tiene mayores posibilidades de tener un desarrollo sin complicaciones, y sobre todo mejores posibilidades de sobrevivir, que los niños que carecen de esta alimentación. De ahí la importancia que tiene para una lactancia normal el estado nutricional de la madre antes del embarazo y durante la lactancia.

### 2.7.3 Dieta en el amamantamiento.

La lactancia eleva algunos requerimientos del organismo materno en mayor grado que lo hace el embarazo. Después del parto el niño aún se alimentará del organismo materno, pero el alimento lo producen las glándulas mamarias y no a través de la circulación placentaria, como en la vida prenatal. A medida que el niño gana peso y tiene mayor actividad, el aporte alimentario materno debe aumentarse.

Un lactante normal consume aproximadamente dos y media onzas (75 ml) de leche materna por cada libra de peso corporal del lactante. La leche humana tiene un valor nutritivo de 20 calorías por onza y por ello una madre que amamante necesita ingerir varios cientos de calorías adicionales por día para alimentar a su niño.

Las necesidades de nutrimentos de la madre aumentan mucho, pues estos nutrimentos los obtiene de su cuerpo.

El consumo de energía para producir es de 90 Kcal./100ml de ellos entre 67 y 77 Kcal. están contenidos en la leche y de 13 a 23 se consumen para producirla. Así pues una mujer que expulsa 850 ml por día de leche consume 750 Kcal. por día más por encima del gasto normal de energía. Cerca de un tercio de esa cantidad proviene de la grasa almacenada en su organismo

durante el embarazo; el resto debe obtenerlo de la alimentación. Por ello es recomendable aumentar el aporte calórico en 500 Kcal./día por encima de las raciones de las que no amamantan. Si va a amamantar más de un hijo o si la lactancia dura más de 3 meses se requieren mayores incrementos, como en este periodo se moviliza la grasa de la madre, es posible que pierda parte del peso que acumulo en la gestación. Aun cuando coma un poco más de lo habitual casi siempre adelgaza más que una mujer que no este amamantando.

Las raciones de proteínas, calcio, zinc, vitamina A y C se elevan en 50% o más durante este periodo. En el caso de otros nutrimentos (vitamina B6 y B12, tiamina) el incremento es menos notable. Poco hierro se secreta en la leche, por lo cual la ración dietética de este mineral no es mayor que en otros periodos de la vida, sin embargo se aconseja ingerir suplementos por 2 ó 3 meses después del parto, a fin de volver a llenar los depósitos agotados durante la gravidez.

La deficiencia nutricional durante la lactancia a veces aminora la cantidad y calidad de la leche; ello dependerá de los nutrimentos en cuestión. La restricción del aporte de líquidos y calorías disminuye la cantidad de leche y su producción. En algunos estudios se comprobó que un ingreso bajo de vitaminas A, tiamina, riboflavina, vitamina B6, vitamina C y yodo provoca una concentración menor de tales sustancias en la leche.

La cantidad de algunas otras sustancias, el calcio y las proteínas entre otras casi no refleja el efecto de la dieta.

Pese a que las necesidades nutricionales se elevan en la lactancia, la madre puede atenderlas si selecciona los alimentos apropiados. Los suplementos suelen ser innecesarios, salvo cuando uno o más nutrimentos específicos no se ingieran en proporciones suficientes. El consumo de leche se aumenta en un mínimo de 5 tazas por día la leche proporciona líquido, kilocalorías, proteínas de alta calidad, calcio y riboflavina, nutrimentos que se requieren en caso de que la lactancia se prolongue largo tiempo. Para cubrir el incremento de las necesidades de vitamina C, ácido fólico, vitamina E y otros nutrimentos, conviene acrecentar un poco el consumo de cítricos, verduras de hoja verde y granos integrales. Dos porciones abundantes del grupo de carnes, también han de incluirse

diariamente. Lo mismo que en el embarazo, las elecciones han de hacerse a partir de los productos de alta calidad en cada grupo de alimentos.<sup>31</sup>

#### 2.7.4 Los líquidos y las kilocalorías en la lactancia.

La cantidad de líquidos y calorías en la dieta materna afecta principalmente el volumen de leche que se produce. Actualmente se recomienda que una mujer aumente su ingesta de calorías (Kcal.) en 500 Kcal. / día durante los primeros tres meses de lactancia, aumentando esta cantidad si la lactancia se alarga más allá de este periodo. Las calorías extras deben proceder de alimentos con alto valor nutricional, y no de comidas tipo postre. Esto debe asegurar que haya un aporte adecuado de proteínas, vitaminas y minerales necesarios para la producción de leche.

Se recomienda usar cuatro grupos alimenticios, estas recomendaciones incluyen:

Cuatro porciones de lácteos, tres porciones de alimentos ricos en proteínas, cuatro porciones del grupo de vegetales y frutas y cuatro porciones de cereales integrales.

El sentido de la composición de la dieta de la madre se refleja, de modo cuantitativo, en su leche.

Las madres mal alimentadas pueden producir leche, pero en menor volumen y expensas de su propia SALUD. Por ejemplo: cuando el calcio de la dieta es bajo, el que se suministra por medio de la leche procederá de la desmineralización de los huesos de la madre. Bajas cantidades de vitamina A y B6 así como un alto contenido de ácidos grasos no saturados en la dieta materna también han causado alteraciones correspondientes a la producción de leche.<sup>32</sup>

#### 2.7.5 Ablactación y destete.

Primero comenzaremos por aclarar las diferencias entre 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.

---

<sup>31</sup> Scheider, William L. Nutrición: conceptos básicos y aplicaciones. México 1995. Pág. 333-334.

<sup>32</sup> Lacerva. Ob. Cit. Pág. 103-105.

Los aspectos fisiológicos necesarios para iniciar la ablactación se desarrollan en tres estadios o periodos, y se relacionan a la capacidad del lactante para recibir alimentos:

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

La naturaleza ha provisto al niño con un mecanismo para evitar que trague alimentos que no puede digerir:

El reflejo de extrusión. Con este reflejo se rechazan los alimentos sólidos o semi-sólidos. Es hasta los 4 o 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 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 comienza a aparecer movimientos rítmicos de masticación, a la vez que inicia la dentición.

Por lo tanto, el periodo de 6 a 9 meses es considerado como de transición entre la lactancia y la dieta sólida del adulto.

Fisiológicamente, a los 6 meses de edad, el niño esta completamente desarrollado para hacer uso biológico de alimentos complementarios a la leche humana.

La decisión de destetar al lactante puede tomarse por varias razones: presiones familiares o culturales, cambio en la situación en el hogar, presión del compañero de la mujer o una opinión personal sobre cuando debe presentarse el destete. Para la mujer que se siente cómoda con el amamantamiento y está bien informada sobre el proceso, el momento apropiado para destetar a su hijo será evidente, si es sensible a las señales del niño. A menudo el destete ocurre entre periodos de gran actividad de desarrollo del niño. Por eso es frecuente que ocurra a los 8 ó 9 meses, 12 a 14 meses, 18 a 2 años y 3 años de edad. Sin embargo, en esta sociedad el destete ocurre con frecuencia antes de los 9 meses, aunque puede darse en cualquier momento desde poco después del parto hasta los cuatro años. El es un momento de separación emocional para la madre y su hijo; puede ser difícil para ellos renunciar a la cercanía de sus sesiones de amamantamiento. La enfermera comprensiva respecto de esta posibilidad puede ayudar a la madre para que vea que su hijo está creciendo y para que planee otras actividades confortantes de consuelo y juego para reemplazar el amamantamiento. Un abordaje gradual es la forma más sencilla y confortante para destetar al niño.

Durante el destete se debe sustituir gradualmente una cesión de amamantamiento por una alimentación en taza o biberón, durante varias semanas, hasta completar 3 meses para cambiar completamente el patrón de alimentación del niño. La eliminación del amamantamiento, asociado con comidas primero, facilita la capacidad de la madre para destetar al lactante, ya que la saciedad con alimento disminuye el deseo de leche. El método lento de destete previene la ingurgitación mamaria y permite que los lactantes alteren sus métodos alimentarios a su propio ritmo y también brinda tiempo para la adaptación psicológica.

#### 2.7.5.1 Riesgos de una 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:

1. Interrumpe el patrón alimentario desarrollado por la madre,
2. Reduce la producción de leche materna,
3. Aumenta el riesgo de infecciones, procesos alérgicos y desnutrición



4. En el caso de la madre, aumenta el riesgo de un nuevo embarazo.

## 2.8 ORIENTACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA.

### 2.8.1 Orientación y adiestramiento de profesionales de la salud y otros trabajadores en esa rama.

Los consejos que dan a las mujeres embarazadas los obstetras, enfermeras, auxiliares, trabajadores de atención primaria, comadronas y otros trabajadores de salud, constituyen un factor importante en la decisión de aquéllas acerca de amamantar o no a sus hijos. Los profesionales y otros trabajadores de salud necesitan saber cómo proporcionar la información y el consejo pertinente a las madres y las familias, así como la forma de manejar los problemas que puedan surgir como, por ejemplo, la lactancia durante una enfermedad. Los administradores de salud necesitan, asimismo, estar adecuadamente informados sobre este particular.

Tales aspectos han sido descuidados, en las últimas décadas, en los planes de estudios en que se basa el adiestramiento en materia de salud, la OMS está preparando módulos de adiestramiento para diferentes niveles de preparación, así como materiales de enseñanza esenciales, los que después tendrán que ser adaptados a los distintos países.

### 2.8.2 Orientación de maestros y trabajadores de divulgación.

Los maestros de escuela y los agentes de divulgación en contacto con la comunidad, deben ser asimismo instruidos acerca de la lactancia y la alimentación complementaria y ser capaces de ofrecer información y consejo que coincidan con los proporcionados por los servicios de salud.

Esto es particularmente importante para los maestros de primaria y secundaria y para los maestros de primeras letras o alfabetización, ya que muchas jóvenes ingresan a la maternidad unos pocos años después de dejar la escuela. Así pues, es esencial introducir módulos de adiestramiento en las escuelas de preparación de maestros y en el material utilizado en las campañas de alfabetización. Aunque dichos elementos estén especialmente preparados a nivel

nacional, se necesita algún material básico para el cual se solicitaría la colaboración de la UNESCO, así como la de la OMS, con respecto al contenido técnico.

### 2.8.3 Prácticas de los servicios de salud.

En los hospitales, determinados factores que operan en el momento del alumbramiento afectan la iniciación y la duración de la lactancia. Entre ellos figuran la información dada a las madres, la actitud de apoyo del personal, la evitación de sedantes demasiado fuertes durante el parto, el inmediato contacto de piel a piel y lactancia del recién nacido, la exclusión absoluta de alimentos prelácteos y de biberón suplementario durante los primeros días de vida y la prohibición de que se haga llegar a las madres muestras de fórmulas lácteas infantiles.

## 2.9 LACTANCIA MATERNA Y LOS FÁRMACOS.

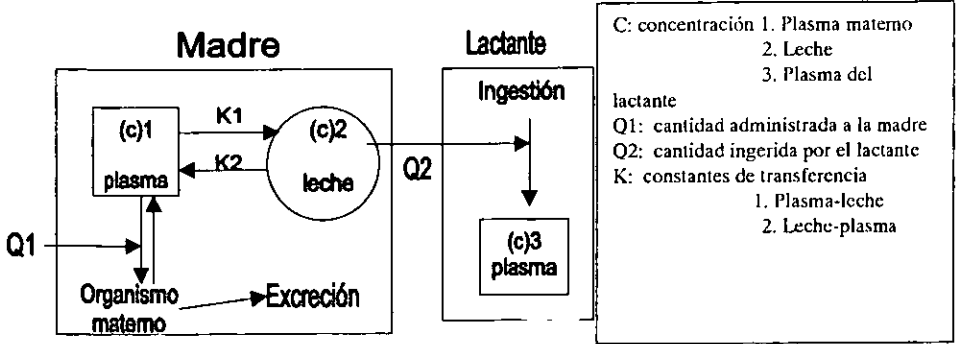
Prácticamente todas las sustancias ingeridas o inyectadas a la madre lactante pasan a la leche. Este hecho es perfectamente conocido en lo que concierne a los contaminantes (pesticidas...), excitantes (café, the...) proteínas ingeridas (betalactoglobulina de la leche de vaca o sus epitopos), tóxicos (nicotina) y metales pesados. Los medicamentos no son la excepción, pero las características farmacocinéticas varían de un producto a otro y lo que es más importante es que los estudios realizados en un gran número de nuevas moléculas son defectuosos, ya que la mención de "no utilizar en la mujer lactante" significa la ausencia total de investigaciones farmacocinéticas sobre la excreción en la leche.

En este apartado lo dividiremos en dos partes con fines didácticos con el fin de revisar la farmacología de la excreción en la leche de los medicamentos más frecuentemente utilizados en el posparto, especificando cuando sea posible los datos farmacocinéticos disponibles y sus consecuencias clínicas.

2.9.1 Aspectos farmacológicos.

Modelo farmacocinético

El modelo farmacocinético utilizado es un sistema de tres compartimentos



Fuente: Rolland M. Encycl. Méd. Chir. Obstetrique 5111-A-10, 1995, Pág. 12

El compartimento plasmático materno;

El compartimento lácteo;

El lactante.

El medicamento pasa por difusión desde el plasma hacia la leche (o de la leche al plasma). La leche es ingerida y el medicamento se difunde de nuevo del tubo digestivo al plasma del lactante. El compartimento materno, el medicamento y el compartimento recién nacido / lactante serán revisados a continuación.

2.9.2 Compartimento materno.

Niveles plasmáticos maternos.

Los niveles plasmáticos maternos dependen de la vía de administración (enteral o parenteral) y de la dosis. Por vía intravenosa se obtiene un pico rápido cuyo valor máximo está en función de la dosis inyectada y de la rapidez de la inyección.

El pico plasmático que se obtiene después de la administración oral también es dosis dependiente pero se encuentra desfasado temporalmente en función del modo de absorción digestiva.

Un aspecto a tener en cuenta es el metabolismo del medicamento y su biotransformación en metabolitos activos. En el caso del diazepam por ejemplo, se observan dos picos uno de diazepam y un segundo del metabolito activo, el N-desmetil-diazepam. Las dosis repetidas de un fármaco pueden originar varios picos plasmáticos de éste y posteriormente de su metabolito activo, con una difusión casi continua a la leche materna, lo que conduce a una acumulación del medicamento en el lactante.

En cambio, coordinando los horarios de las tetadas es posible limitar la concentración del medicamento administrada al lactante.

### 2.9.3 Secreción láctea.

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

El agua y las proteínas son secretadas por un proceso de tipo merocrino. El agua representa del 85 al 95 % del peso de la leche y las proteínas del 0,8 al 0,9 %, aunque este contenido varía en función del tiempo (la leche del comienzo de la tetada es más rica en proteínas)

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

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

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

En el estudio de los fármacos, es indispensable tener en cuenta las características particulares de la tetada: durante los 5 primeros minutos, el lactante ingiere más de la mitad de proteínas y la mitad del volumen, el resto de la tetada aporta de un cuarto a un tercio del total energético, siendo constante en todo momento la absorción de grasas.

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

El pH del calostro es alcalino; el pH de la leche definitiva es más ácido aunque varía no sólo de una mujer a otra sino también en el transcurso de una tetada en una misma mujer (del 6.35 al 7.65)

Los niveles de lípidos son 4 ó 5 veces más elevados por la mañana y al final de la tetada que al principio de ella. Los niveles de proteínas son más elevados al final de la tetada. La secreción láctea diaria es variable (400-900 ml), siendo máxima al final de la noche. El flujo plasmático mamario es considerable, representando de 400 a 500 veces el volumen de la secreción láctea. El volumen secretado aumenta igualmente a lo largo de las semanas (400-900 ml/día). Estas variaciones es el volumen y en la composición repercuten en la transferencia del medicamento del plasma hacia la leche.

Los medicamentos, a su vez, influyen directamente en estas variaciones:

- Los contraceptivos orales disminuyen el contenido de lípidos y proteínas de la leche.
- Los neurolépticos, las anfetaminas, las xantinas y la metildopa aumentan el volumen excretado estimulando la síntesis de prolactina.

Los diuréticos, estrógenos y derivados de la ergotamina tienen un efecto inverso.

#### 2.9.4 Fármacos de uso común.

La concentración de alcohol en la leche materna es casi igual a la de la sangre, por lo que cantidades moderadas tienden a no producir síntomas. Los efectos a largo plazo de la exposición repetida se desconocen. Se presentó un síndrome pseudo-cushing y hemorragia por hipoprotrombinemia en los niños amamantados por alcohólicas crónicas. Las concentraciones de nicotina casi llegan a 0.5 mg/lt. en la leche de las mujeres que fuman hasta una cajetilla diaria. Se

ha informado de concentraciones tan altas como de 512 ppb. Con dosis mayores, la provisión de leche puede disminuir, y el niño puede experimentar molestias gastrointestinales. La concentración de cafeína puede alcanzar en la leche materna la cifra de 1 % de la cantidad ingerida, y se ha acompañado de irritabilidad en un lactante. La ingesta materna elevada se ha relacionado con la aparición de cólicos en el lactante. Se sabe que el recién nacido elimina cafeína con más lentitud que el adulto, y los efectos que puede causar la cafeína del café, té y bebidas de cola pueden ser considerables. El ingrediente activo de la marihuana, tetrahidrocanabinol, es liposoluble, y es muy probable que se excrete en la leche materna, aunque no se ha informado de efectos sobre el lactante.

La aspirina, a dosis bajas ocasionales, no se considera que cause problemas, a pesar de que no hay suficientes datos para hacer afirmaciones acerca de las madres en periodo de lactancia que toman dosis terapéuticas del fármaco por tiempo prolongado. No debe usarlo la madre cuando su hijo experimente hemólisis, ya que puede interferir con la captación de bilirrubina por las proteínas plasmáticas. Los laxantes se usan con frecuencia en el posparto. La leche de magnesia, aceite de castor o el bisacodil no pasan a la leche materna en cantidades cuantificables. En la actualidad no hay datos suficientes sobre la excreción de sulfosuccinato sódico de dioctil en la leche, ni hay publicaciones sobre sus efectos adversos.

Debe aconsejarse a las madres no fumar durante los meses en que estén amamantando. La nicotina entra a la leche y el tabaquismo materno de más de una cajetilla diaria puede disminuir la provisión de leche.

## 2.10 FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA LACTANCIA.

El recién nacido puede presentar una gran variedad de comportamientos, los cuales parecen aumentar conforme se les busca. Ahora sabemos que hay un gran número de sentimientos infantiles, de los cuales el más espectacular es el originado por el estado "despierto de alerta", sin duda alguna. Los recién nacidos pasan cerca del 20% de su tiempo en este estado, pero durante la primera hora después del nacimiento puede ser del 80%. Este comportamiento es un argumento importante en favor de que no se separe a los niños de sus padres inmediatamente después del nacimiento.

Resulta imposible cuantificar los efectos psicológicos benéficos de la alimentación materna; probablemente debe partirse del punto de vista de que, a lo largo de todo el período de gestación el niño ha sentido estímulos suaves y continuos sobre su piel, no es de extrañarse que desee contacto y estimulación cutánea después del nacimiento. Las madres que amamantan con frecuencia toman una serie de valores, a los que se debe su deseo de amamantar a su hijo.

#### 2.10.1 Teorías de la lactancia materna.

Es difícil cuantificar los efectos psicológicos de la alimentación materna en el niño. Por otro lado se desconocen los efectos de las concentraciones prolongadas de prolactina y oxitocina sobre la psique de la madre. Los efectos placenteros de la succión y la sensación de positividad que proviene de saberse capaz de reconfortar con el propio cuerpo al hijo son expresados de mejor manera por las madres que han amamantado a sus hijos con éxito, y son difíciles de describir.

Los seres humanos desde que nacen se enfrentan a un medio diferente al que habitaban; a lo cual Mussen menciona que el nacimiento es un proceso en el que interactúan factores sociales, psicológicos y fisiológicos, que entran en acción en el momento del parto; desde esta etapa el neonato comienza a sufrir estados de desequilibrio, privación e incomodidad, que lo lleva a una variedad de sucesos y experiencias; dándole forma a su percepción del ambiente, exhibiendo una variedad de conductas: comen, lloran, se mueven, balbucean, duermen y sonríen.<sup>33</sup>

Por otro lado Zepeda H. Analiza a Sigmund Freud al respecto diciendo: que la etapa oral se presenta desde el nacimiento hasta el primer año de vida. En ella el bebe tiende a relacionarse con su medio ambiente a través de la boca, el hambre, el mamar y la satisfacción que acompaña a la saciedad, representa una conducta psicológica importante para el desarrollo de la personalidad del niño. En esta misma obra se retoma a Piaget, el cual enfoca su estudio en las acciones adaptativas del niño con objetos; postulo que la inteligencia se desenvuelve mediante cuatro periodos de duración variable.

El primero es el sensomotor que va desde el nacimiento hasta los dos años de vida.

---

<sup>33</sup> Mussen H.P. Desarrollo de la personalidad. 1991. Pp. 110-111.

El segundo el recién nacido establece su relación con el medio ambiente basado en sus reflejos; como la presión, succión y visión.

En el tercero se inicia la diferenciación el reflejo de succión. logra distinguir entre succionar el pezón de la madre y el de succionar sus propios pulgares, en este mismo periodo su visión sufre algunas modificaciones ya que comienza a ser intencional durante breves lapsos en los que mira diferentes objetos.

En el cuarto periodo se inicia un proceso general de adaptación intencional del bebé con su medio ambiente.<sup>34</sup>

Desde otra perspectiva Cohen describe los diferentes puntos de vista de Sullivan, Bolvy y Erikson con respecto a la conceptualización de la alimentación al seno materno. El primero de ellos menciona que su teoría gira en torno a la zona oral debido a las interacciones que suceden con la madre y el mundo exterior, en estos se desarrollan sentimientos básicos como el miedo, terror, ansiedad y euforia, de esta manera el niño aprende a distinguir entre su Yo y no Yo. En cambio Bolvy J. Se enfoca más al apego materno ya que considera que la ansiedad provoca por la separación de la madre llevando al niño a una alteración psicológica.

Erikson tiene otro enfoque, el cual se basa en el desarrollo de la personalidad del niño el cual atraviesa la etapa oral-sensorial que va desde el nacimiento hasta el primer año de vida, con ella el niño trata de resolver las alternativas entre dos cualidades esenciales para poder enfrentar los retos que la vida le presenta.<sup>35</sup>

Desde el momento en que nace el niño acciona con su medio, algunas de sus respuestas son espontáneas; y otras de sus respuestas son esencialmente reacciones a necesidades, unas conductas son necesarias para la supervivencia; otras no, los recién nacidos pueden escudriñar el ambiente, chupetear, sonreír, balbucear, llorar, mover brazos y piernas. Spitz menciona que son sensaciones originadas dentro de su organismo, ya que existe una zona perceptual que actúa de forma específica en los órganos sensorios que reciben estímulos del exterior y la conducen al interior; esta zona es la boca y la cavidad oral, los reflejos localizados dentro de esta son los más específicos ya que es la única conducta dirigida, siendo ésta la representación del modelo para la estructura del YO.

---

<sup>34</sup> Zepeda. H. F. Introducción a la psicología, 1994. Pág. 443.

<sup>35</sup> Cohen J. Introducción a la Psicología. 1977. Pág. 348-349.



Durante el acto de ser amamantado, el bebé algunas veces descansa su mano sobre el pecho, sus dedos se mueven lenta y continuamente, acariciando, golpeando haciendo presa y arañando; estos movimientos en los meses siguientes se hacen más organizados, se diría que el ritmo de abrir y cerrar la mano del bebé entorno al dedo de la madre se ve relacionado con el ritmo de la succión; esta coordinación de la mano con la boca apoya las funciones del YO.

La superficie cutánea desempeña un papel importante en la conducta adaptativa, ya que la piel posee una significativa funcionalidad para el desarrollo fisiológico y sobre todo psicológico del niño. De lo que deriva el apego materno, en el cual las personas desempeñan papeles evidentes, ya que alivian algún malestar, le ofrecen oportunidad de interactuar, los neonatos desarrollan una relación emocional con los seres humanos, lo que fomenta el desarrollo cognoscitivo y social.

Es importante destacar la relación que existe entre la alimentación al seno materno y el proceso de apego, ya que el mamar el pecho y la postura adoptada mientras es alimentado el bebé, constituyen dos respuestas dirigidas a la madre; el niño estudia el rostro de ella y lo va relacionando con un satisfactor; en este caso la saciedad del hambre. Así mismo, la madre experimenta el placer de alimentarlo lo que fortalece el apego, ya que tiene mayor oportunidad de abrazarlo, proporcionando sentimientos de sostén, relajación muscular y estimulación táctil; la postura acunada que adopta el niño cuando mama le permite realizar respuestas motoras activas dirigidas a la madre.

Pero no todas las madres tienen la capacidad del apego, algunas de ellas adolescentes pueden ser inmaduras e ignorarlo, demasiado preocupadas aún por sus propias necesidades como para ser capaces de subordinar las necesidades del niño, también suelen carecer de destrezas fundamentales para cuidarlo y amamantarlo, nada tiene de sorprendente que la incidencia de problemas psicológicos y dificultades físicas como: pérdida del apetito, peso y enfermedades ocurran durante el primer año de vida del niño, ya que en este período es más elevado en infantes de madres menores de veinte años de edad especialmente si no tienen la economía y educación necesaria.

Por último se analizó a Pichard M. El cual dice que el niño durante su largo período de apego y dependencia se desarrolla dentro de una cultura, asimilando los convencionalismos sociales en los que se ve envuelto. En la infancia por definición no habla, sin embargo al final de

su primer año, habrá desarrollado un amplio conocimiento de las costumbres sociales de su mundo inmediato. Sin hablar puede comunicarse con claridad muchas de las necesidades e intenciones, asumen un determinado papel en sus juegos y otros intercambios sociales. Los niños descubren su mundo social a través de las respuestas producidas por sus propios actos, en este proceso intervienen la medición del tiempo ya que es una característica básica de toda comunicación social, lo que se realiza debe de estar coordinado de alguna manera con las acciones de la persona con quien nos comunicamos. Desde el momento mismo del parto, el comportamiento de un bebé tiene una estructura rítmica. El amamantar proporciona un ejemplo de esta primera coordinación inicial. Cuando el bebé mama no lo hace en forma continua, sino en una serie de impulsos separados por ciertas pausas que dan a esta acción su estructura rítmica, al observar el comportamiento de una madre mientras amamanta, se adapta a dicho ritmo, ella le hablará más durante las pausas entre cada impulso para mamar.

Desde este punto de vista la base de la comunicación humana independientemente del habla, consiste en una serie de convenciones sociales y reglas mediante las cuales podemos interpretar y comprender cualquier tipo de señales como las caricias, el contacto, llanto y las miradas son esenciales para la comunicación del niño con su ambiente, aprende las primeras reglas de la comunicación.

### 2.10.2 Errores y supersticiones.

La alimentación al pecho es uno de los procesos fundamentales de la vida, tan fundamental como lo es el nacimiento, la sexualidad y la muerte. Estas cosas están profundamente arraigadas en nuestra psicología y nos afectan más de lo que nos damos cuenta o de lo que queremos admitir. Son pocos los que pueden abordarlos de manera realmente objetiva.

Es cierto que las ideas que surgen de la experiencia y la observación pueden ser válidas y de amplia aplicación; pero hay ocasiones en que no son ninguna de las dos cosas. Los prejuicios, el miedo, la falta de interés o el involucrarse personalmente demasiado pueden hacer que el observador, por más entrenado que esté, malinterprete lo que ve.

### 2.10.2.1 Superstición tradicional.

El uso del tiraleche, a través del tiempo se aumenta la producción de la leche materna, a estos se les conoce por "tiraleche o extractores neumaticos". Según nuestro modo de ver, una nutrición adecuada, la succión frecuente y el apoyo emocional son las maneras fisiológicas de aumentar la producción láctea.

El usar un "tiraleche" barato, y de fácil adquisición, no hará ningún daño y sí será un suplemento valioso de la madre, amén de sus efectos psicológicos.

### 2.10.2.2 Superstición moderna.

La lactancia perjudica la salud de la madre, esto no es cierto. El costo fisiológico de la producción de leche no es grande. Sin embargo, el estrés psicológico sí puede ser considerable si a la madre la abruman las dudas acerca de su capacidad para amamantar y si se le deja a su suerte con su responsabilidad y sus problemas.

### 2.10.2.3 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.

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.

Los bebés deben alimentarse de ambos pechos cada vez que lacten, 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.<sup>36</sup>

### 2.10.3 La familia.

No existen recetas sencillas para trabajar con familias. Las teorías y la investigación proporcionan una base para comprender a las familias y sugieren áreas importantes de preocupación, patrones típicos de comportamiento y el grado de variación alrededor de lo típico. Sin embargo, las teorías y la investigación no prescriben lo que debe hacer la enfermera en una situación específica. Estas decisiones surgen de las interacciones racionales con los miembros de la familia, en las cuales la enfermera interpreta el concepto de familiar de la situación a la luz de su propio conocimiento.

Una meta primordial es ayudar a cada miembro de una familia que espera un hijo a lograr una salud óptima, con medidas preventivas, de mantenimiento y de restauración. Las enfermeras tienen el papel adicional de asistir a las familias para que practiquen sus labores adecuadas de desarrollo en cada etapa familiar.

El concepto de familia como un paciente es uno de los componentes más importantes de la enfermera de maternidad con enfoque familiar. En forma ideal, la familia da amor y confianza a cada integrante y responde de manera consistente para que ese individuo madure y se convierta en alguien capaz de brindar estas cualidades a otros.

Friedman identifica a la unidad familiar como la fuente crítica para la entrega y éxito de los servicios de atención a la salud por las razones que siguen:

1.- Por lo general, en una unidad familiar la disfunción de uno o más de sus miembros afecta a cada individuo, así como a la familia entera. Si la enfermera sólo considera al individuo, la valoración de enfermería es fragmentaria y no integral.

2.- La valoración de la familia ayuda a la enfermera a comprender el funcionamiento individual dentro de su contexto social primario. Con la familia que espera y cría un hijo, la

---

<sup>36</sup> Breve Guía Lactancia Exitosa; <http://www.arrakis.es/~mlaser/Guia.htm>.

enfermera es capaz de ayudar a los futuros padres a prepararse para el nuevo miembro de la familia.

3.- Existe una fuerte interrelación entre el estado de salud de una familia como unidad y el de los individuos que la constituyen. Al hacer énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud familiar, la enfermera debe tener un efecto positivo, no solo en los individuos, sino también en la unidad completa.

4.- Al considerar a la familia como un todo, la enfermera identifica factores de riesgo potencial, por tanto, se facilita la función de la enfermera en la prevención de la enfermedad.

5.- Cuando se presenta la enfermedad, la familia es un instrumento en la búsqueda de la atención a la salud y para determinar los comportamientos de enfermo de sus miembros.

#### 2.10.3.1 Vinculación.

El embarazo, la paternidad y la maternidad pueden considerarse como una transición de papeles; notable es el cambio que se produce después del parto cuando los padres asumen su nueva función, la inestabilidad simultánea que se produce hasta que se ubican en sus nuevos papeles y el nuevo miembro se integra.

La facilidad y satisfacción con la cual las personas efectúan la transición a su papel de padres, depende del éxito con que definieron y aceptaron su relación mutua. Si ya desarrollaron la capacidad para percibirse como son en realidad (y no como deberían ser) y si son capaces de permitir que sus valores y comportamientos sean divergentes, trabajar en equipo para tener una base de poder flexible para cada uno y desarrollar normas que permitan el crecimiento mutuo, es más probable que efectúen la transición a sus nuevas funciones sin dificultad.

Los vínculos son lazos duraderos o relaciones de afecto entre las personas. En las familias existen lazos afectivos entre los padres, entre los padres y sus hijos y entre los hermanos.

Al principio la vinculación se refería al lazo de un niño con su madre, aunque se reconoció que la unión era hacia una figura materna, la persona principal que lo atendía y que era casi siempre la madre biológica, si bien no en forma necesaria. Ahora, la vinculación infantil es la organización y el establecimiento de patrones de comportamiento que provocan sentimientos de

cercanía a la figura con la que se establece el vínculo. Los elementos de este comportamiento son cercanía, llanto, sonrisa, succión, seguimiento y contacto visual.

La unión se considera un proceso de la vinculación maternoinfantil que ocurre durante o poco después del parto, pero recíproca duradera entre la madre y el niño, a la cual se le llama vinculación.

La vinculación se considera desde tres perspectivas principales: psicoanalítica, etológica y la teoría del aprendizaje.

Desde una perspectiva psicoanalítica la vinculación se explica por las respuestas instintivas y las relaciones objetivas. La vinculación es innata, un impulso instintivo. La madre es el objeto del impulso. El padre es importante como apoyo para la madre, pero se piensa que la vinculación con cualquier otra persona además de la madre interfiere y es nociva para el desarrollo infantil. La calidad de las vinculaciones posteriores depende de la calidad de la unión con la madre.

Dentro del esquema etológico la vinculación consiste en comportamientos específicos de la especie. Algunos ejemplos de tales comportamientos son las anadejas que marcan el primer objeto móvil que ven después de salir del cascarón, los primates que se adhieren cuando se alarman y los gatos que lamen a los gatitos recién nacidos para estimular las funciones respiratoria y gastrointestinal. La succión, adherencia, llanto, sonrisa y seguimiento son comportamientos de la vinculación que promueven la cercanía en la especie humana.

De acuerdo con el esquema de la teoría de aprendizaje el vínculo se forma a través de impulsos secundarios. La madre cubre las necesidades de su hijo y el lactante asocia la satisfacción de necesidades, comodidad y amor con la madre.

Las metas últimas de la atención de enfermería son la continuación de la vida y el mejoramiento de la calidad de esa vida en términos de salud física y mental. Existe una razón para creer que un estado de vinculación mutua o un lazo emocional duradero entre uno de los padres y un lactante es esencial para la salud infantil óptima. También parece que los sentimientos de una nueva madre de cercanía o vinculación con su hijo tienen un efecto positivo sobre su propio crecimiento personal continuo. La vinculación es un lazo de afecto y por lo cual es invisible.

Como se ha mencionado la vinculación no es propio de la madre, por lo que se nos hace importante mencionar los 10 pasos para la participación efectiva del hombre en la lactancia materna; como guía de observación al momento de pensar en algún diagnóstico de enfermería para

la participación del personal de salud y de la misma familia. Estos pasos son a manera de actividades o acciones, que son:

#### **APOYE Y INCENTIVE SU MUJER A AMAMANTAR**

Algunas veces ella puede sentirse insegura sobre su capacidad en amamantar. Su apoyo será fundamental en estos momentos.

#### **DIVIDA Y COMPARTA LOS PECHOS DE SU MUJER CON EL BEBE**

Aunque sea difícil de aceptar, recuerde que la lactancia es un período pasajero. Dele prioridad a su hijo.

#### **SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, PARTICIPE DEL MOMENTO DEL AMAMANTAMIENTO**

Su presencia, caricias y toques durante el acto de amamantar son factores importantes para la manutención del vínculo afectivo del trinomio madre+hijo+padre.

#### **SEA PACIENTE Y COMPRENSIVO**

Durante el período de lactancia es poco probable que la mujer pueda mantener la casa y la comida en forma impecable. Las necesidades del bebé son la prioridad en ésta etapa.

#### **SIENTASE UTIL DURANTE LA LACTANCIA**

Ayude en las tareas de la casa en la medida de lo posible: cambie los pañales, ayude en el baño, ayude a vestir el bebé.

#### **PERMANEZCA TRANQUILO**

Si bien la lactancia trae muchas alegrías, también provoca dificultades y cansancio. En algunas ocasiones tu mujer puede estar impaciente. Demuéstrele cariño y comprensión en ese momento.

Evite discusiones innecesarias para no perjudicar psicológicamente la bajada de la leche.

#### **TRATE DE OCUPARSE MAS DE SUS OTROS HIJOS**

#### **(SI LOS TUVIERA)**

Con la finalidad que no se sientan rechazados con la llegada del nuevo hermano. Esto le permitirá a su mujer dedicar más tiempo al bebé.



## MANTENGA EL HÁBITO DE ACARICIAR LOS PECHOS DE SU MUJER

Si usted acostumbraba a hacerlo. Estudios han demostrado que cuando más sensible es una mujer a las caricias de su compañero, mejor funcionará la estimulación rítmica del bebé.

## ESTE ATENTO A LAS VARIACIONES DEL APETITO SEXUAL DE SU MUJER DURANTE LA LACTANCIA

Algunas desearán más y otras menos, ambas son alteraciones normales. Esta es una oportunidad para que el matrimonio vivencie nuevas experiencias y hábitos sexuales, adaptándose a el momento.

## NO TRAIGA A SU CASA LATAS DE LECHE, BIBERONES Y CHUPETES

El éxito de éste período depende principalmente de su actitud. La lactancia exclusiva hasta los 6 meses y su cariño y apoyo son todo que su bebé necesita para crecer inteligente y saludable.<sup>37</sup>

### 2.11 TRASTORNOS DE LA LACTANCIA

#### 2.11.1 Nutrición de la madre en vecindarios pobres.

En los vecindarios pobres, una gran proporción de las mujeres están crónicamente mal nutridas. Por consiguiente, hay muchas probabilidades de que sus infantes sean víctimas de malnutrición en útero y tengan poco peso al nacer. Esos niños inician la vida con grandes desventajas que la leche materna, a pesar de sus especiales cualidades protectoras y nutritivas, no puede compensar por completo, en particular si las madres continúan estando ellas mismas crónicamente mal nutridas y sujetas a pesadas tareas y repetidos embarazos. La alimentación suplementaria de las mujeres embarazadas y lactantes puede reducir en algún grado dichos efectos negativos tanto en la madre como en el bebé, pero constituye una intervención tardía.

A fin de asegurar que los beneficios alcancen a las más necesitadas, las acciones que se emprendan deben basarse en la participación de la comunidad en el contexto de un enfoque multisectorial y en una estrategia de atención primaria de salud.

---

<sup>37</sup> Marcus Renato de Carvalho, CIAM RJ - IBFAN RIO - Dep. de Pediatría / Facultad de Medicina, UFRJ.  
<http://www.bariloche.com.ar/lactancia>.

### 2.11.2 Nutrición de la madre, determinante crucial de la salud futura de una población.

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

Muchos de los estudios nacionales sobre nutrición, realizados en el transcurso de las dos últimas décadas, a menudo no han proporcionado una comprensión, en términos concretos de los problemas y la magnitud de la malnutrición, de los principales factores de condición involucrados. Con frecuencia existen notables diferencias dentro de los grupos sociales y geográficamente definidos, así como una distribución diferencial de alimentos dentro de la familia. La ingestión de alimento de las mujeres se ve afectada por creencias y costumbres profundamente arraigadas y por la falta de conocimientos con respecto al valor nutritivo de los alimentos disponibles. Además, en muchos países pobres, la disponibilidad de alimentos no es constante. Una considerable proporción de la población es pobre y hay diversos factores asociados con la pobreza que, por lo general, influyen la ingestión de alimento y la condición nutricional de las madres como, por ejemplo, la situación de las mujeres dentro de la sociedad, el tamaño de la familia, la poca capacidad de compra, los frecuentes embarazos con intervalos muy breves, el embarazo de adolescentes y los agotamientos debidos a infecciones e infestaciones parasitarias.

Asimismo, para muchos de los necesitados nutricionalmente, los ingresos no aumentan o lo hacen en forma insuficiente. Este sector de la población a menudo no se beneficia con el crecimiento del ingreso de sus países y, en algunos casos, sus estándares de vida pueden incluso estar deteriorándose cuando el costo de la vida se eleva rápidamente.

### 2.11.3 Secuelas del amamantamiento en la salud de la madre.

Investigaciones recientes han puesto en evidencia que la alimentación con leches artificiales a los bebés menores de 6 meses, además de disminuir el coeficiente intelectual, aumenta los riesgos de diarreas e infecciones respiratorias, desnutrición y deficiencia de vitamina A, mayores índices de mortalidad, alergias e intolerancia a la leche, y ciertas enfermedades crónicas y la obesidad.

Además las madres que no amamantan a sus hijos, después del parto son más susceptibles de padecer anemia, cáncer de mama y ovarios, y de volver a quedarse embarazadas rápidamente de nuevo.

Uno de los problemas que podemos enfrentar a corto plazo, esto es cuando todavía la madre esta dentro de la etapa de lactancia; antes de pensar en un problema tan grave como el cáncer, enfrentamos con algunas complicaciones agudas que dan grandes molestias:

La mastitis: es una afección inflamatoria del pecho, la cual puede acompañarse o no de infección. Habitualmente se asocia con la lactancia materna, así que también se la conoce como mastitis lactacional o mastitis puerperal. Ocasionalmente, puede ser fatal si se trata inadecuadamente. El absceso mamario, una colección localizada de pus dentro de la mama, es una complicación grave de la mastitis. Estas afecciones constituyen una carga considerable de enfermedad e implican costos substanciales. Recientes investigaciones sugieren que la mastitis puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna.

Está creciendo el conocimiento de que el vaciamiento insuficiente de la leche como resultado de una mala técnica de lactancia es una importante causa subyacente, pero la mastitis continúa siendo sinónimo de infección mamaria en la mente de muchos profesionales sanitarios. Estos, a menudo son incapaces de ayudar a que una mujer con esta afección siga amamantando y pueden aconsejarle innecesariamente suspender la lactancia materna.

La mastitis y el absceso mamario ocurren en todas las poblaciones, tanto si el amamantamiento es la norma como si no. La incidencia observada varía entre unas pocas al 33% de las mujeres lactantes, pero habitualmente es menor del 10%. La mayoría de los estudios tienen limitaciones metodológicas importantes y no hay estudios de cohortes prospectivos grandes. Las tasas más altas corresponden a poblaciones seleccionadas.

La incidencia del absceso mamario también varía ampliamente y la mayoría de las estimaciones corresponden a estudios retrospectivos de pacientes con mastitis. Sin embargo, según algunos estudios, especialmente de países en desarrollo, el absceso puede ocurrir también sin una aparente mastitis previa.

La mastitis es más frecuente en la segunda y tercera semana posparto, y la mayoría de estudios señalan que entre el 74% y el 95% de los casos ocurren en las primeras 12 semanas. Sin embargo, puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia, incluso en el segundo año. El absceso mamario también es más frecuente en las primeras 6 semanas posparto, pero puede ocurrir más tarde.

### 3. JUSTIFICACIÓN.

Ha sido preocupación por parte de todas las instituciones dedicadas al mejoramiento de la salud a través de los años brindar una adecuada atención médica a toda la población; enfocando la atención a aquellos grupos que presentan mayores problemas de salud, cuyas características de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, los identifican como grupos de riesgo en los que son necesarias acciones dirigidas a la identificación de los principales problemas de salud que presentan, así como a la prevención y control de los mismos.

Uno de los grupos más vulnerables es la población materno infantil, el cual representa un gran porcentaje de la población total del país, en el que inciden con mayor fuerza factores adversos que minan la salud, haciendo que sean tributarios, en especial el infantil, de una alta proporción en la morbilidad y mortalidad. En 1995 la tasa de mortalidad infantil por 100000 nacidos vivos, las infecciones intestinales contó con 115.6 para mujeres y 138.7 para hombres, la deficiencia nutricional también a causado estragos en la población infantil en esté tenemos para las mujeres el 48.8 y para hombres el 57.5. En la tasa de morbilidad general por edad en el periodo de 1994-1997 por 1000 habitantes, en los menores de 1 año contó con el 37.8 y de 1 a 4 años contó con el 22.6 y de estos las patologías más frecuentes siguen siendo la desnutrición, la gastroenteritis, patologías de las vías respiratorias y los accidentes.<sup>38</sup>

Es de nuestro conocimiento que la lactancia materna es un aprendizaje que se transmite de diferentes formas y el éxito o fracaso de esta se determina por como se transmite la información y sobretodo quien la transmite y dado el hecho de que cada día más mujeres son atendidas en instituciones médicas (sector privado e institucional), es el mismo personal de salud, principalmente el de enfermería, el encargado de proporcionar a las mujeres embarazadas un adecuado adiestramiento durante la atención prenatal, ya que en muchas ocasiones es durante este periodo en donde las futuras madres deciden si amamantarán a sus hijos y atenderán sus dudas de cómo lo harán; es responsabilidad de enfermería el mayor contacto con las pacientes durante su el

---

<sup>38</sup> Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II, 1994-1997. INEGI. <http://www.inegi.gob.mx>

embarazo, parto y puerperio, y es así como se logra que la información que la paciente reciba sea lo suficientemente positiva y propositiva para lograr que la lactancia materna se inicie en los primeros minutos de vida del recién nacido y continúe en el hogar evitando así, se presenten factores que puedan provocar el abandono de esta práctica, ya que si las mujeres cuentan con el conocimiento necesario de las ventajas y desventajas de la lactancia materna se podrá asegurar un periodo de lactancia exitosa, provocando así beneficios económicos y sociales y el más importante de todos se salvaran vidas.

Por lo anterior este trabajo pretende manifestar la repercusión que existe de la orientación brindada por el personal de enfermería sobre lactancia materna en la manifestación de complicaciones que afecten a la misma, con lo cual también podremos determinar los puntos del por qué la lactancia materna es abandonada, identificando las principales situaciones que la complican; es primordial identificar esta situación sobretodo en un país en vías de desarrollo como lo es el nuestro, pero no debemos olvidar que la situación económica, social y cultural de nuestra nación es el factor más importante para que se establezcan programas adecuados con las características particulares de cada grupo, y dichos programas engloben la participación por parte de los trabajadores de la salud, y el de enfermería en particular, y se luche para que se retome la lactancia al seno materno logrando así perder menos vidas de las que por ignorancia o por otros factores propios de la desigualdad social se pierden día con día. Es imperativo que las acciones del personal de salud sean determinadas específicamente para cada grupo social y principalmente los más vulnerables.

#### 4. OBJETIVOS.

##### GENERAL

- ❖ Conocer cual es la repercusión de la orientación brindada por el persona de enfermería sobre la lactancia materna en la manifestación de complicaciones en mujeres primigestas con embarazo a término que fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada” del Instituto De Salud Del Estado de México.

##### ESPECÍFICOS

- ❖ Determinar los contenidos que son dados dentro de la orientación para la lactancia materna.
- ❖ Conocer la participación del persona de enfermería dentro del programa de lactancia materna.
- ❖ Conocer las principales situaciones que complican la lactancia materna y la incidencia del fracaso de la misma.
- ❖ Determinar el tipo de complicaciones de la lactancia materna que se presentan más frecuentemente.

## 5. HIPÓTESIS.

H1: La orientación brindada por el personal de enfermería sobre lactancia materna determina la manifestación de complicaciones en mujeres primigestas con embarazo a término que fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, del Instituto De Salud Del Estado de México.

Ho: La orientación brindada por el personal de enfermería sobre lactancia materna no determina la manifestación de complicaciones en mujeres primigestas con embarazo a término que fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”, del Instituto De Salud Del Estado de México.



## 6. METODOLOGÍA.

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO.

Por el grupo a estudiar:

- Un solo grupo.

Por el conocimiento que tienen los investigadores sobre el fenómeno en estudio:

- Abierto.

Por la participación de los investigadores:

- Observacional.

Por el tiempo en que se estudian los eventos:

- Retrospectivo y actual.

Por el periodo de recolección del estudio.

- Horizontal.

### 6.2 POBLACIÓN

- Población cerrada.

Mujeres primigestas que cursaron con embarazo a término que fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada” del Instituto De Salud Del Estado de México en el periodo de Febrero a Julio del 2001.

Tamaño de la muestra

- Al tener un Universo conocido por los registros durante el periodo de estudio de 683 primigestas que cursaron con embarazo a término y que fueron atendidas en el Hospital

General "José Vicente Villada" del Instituto De Salud del Estado de México, se calculo el tamaño de la muestra a partir de la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

donde Z = a nivel de confianza.

pq = variabilidad del fenómeno estudiado.

E = precisión.

Sustituyendo:

$$\frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.5)^2} = n = 384.$$

como el tamaño de la población es conocido 683 se utiliza el factor de corrección finito y a la muestra anterior se le llama muestra inicial.

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

donde N = Universo.

Sustituyendo:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384 - 1}{683}} = \frac{384}{1.56076} = 246 \text{ muestra corregida.}$$

Con la muestra corregida podremos al ser un muestreo probabilística hacer extensivos los resultados obtenidos en la muestra al Universo.

Forma de asignación de los casos de estudio.

- No aleatorio.

## 6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

### 6.3.1 Criterios de inclusión:

- Mujeres primigestas que cursaron con embarazo de término y que fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada” del Instituto De Salud Del Estado de México en el periodo comprendido de Febrero a Julio del año 2001.

### 6.3.2 Criterios de exclusión:

- Mujeres primigestas con embarazo de término que no fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada” del Instituto De Salud Del Estado de México.
- Mujeres primigestas con embarazo de término que fueron atendidas parcialmente en el Hospital General “José Vicente Villada” del Instituto De Salud Del Estado de México.
- Mujeres secundigestas y multigestas con embarazo de término que fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada” del Instituto De Salud Del Estado de México.
- Mujeres con parto prematuros que fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada” del Instituto De Salud Del Estado de México.

### 6.3.3 Criterios de eliminación:

- Mujeres primigestas que cursaron con embarazo de término que fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada” del Instituto De Salud Del Estado de México, pero que no quieren participar en la investigación.

## 6.4 VARIABLES.

### 6.4.1 Variable independiente.

- Orientación brindada por el personal de enfermería sobre lactancia materna.

Tipo de la variable: Cualitativa.

### 6.4.2 Variable dependiente.

- Complicaciones de la lactancia materna en mujeres primigestas.

Tipo de la variable: Cualitativa.

## 6.5 INDICADORES.

Parámetros de medición de los indicadores.

- Para los aspectos cualitativos los resultados fueron designados en una escala nominal.
- Para los aspectos cuantitativos los resultados fueron designados en una escala ordinal.

### 6.5.1 Indicadores sociodemográficos.

- Edad.
- Sexo.
- Nivel socioeconómico (de acuerdo a la escala del hospital).
- Escolaridad.
- Religión.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Dinámica familiar.

#### 6.5.2 Indicadores gineco-obstétricos.

- Gestas.
- Resolución.
- Duración del embarazo.

#### 6.5.3 Indicadores de las complicaciones de la lactancia materna.

- Hipogalactorrea.
- Malas posiciones.
- Técnicas inadecuadas.
- Grietas.
- Dolor.
- Falta de tiempo para lactar.
- Pareja.
- Daños a la figura materna.
- Desconocimientos de los beneficios de la lactancia materna.
- Edad de inicio de la alimentación complementaria.
- Suspensión temprana de la lactancia materna.

#### 6.5.4 Indicadores de la orientación sobre lactancia materna.

- Lugar donde inicio la orientación a la lactancia materna.
- Inicio de la orientación en el hospital.
- Última orientación que se brindo en el hospital.
- Personal que brindo la información.

## 6.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

### 6.6.1 Observación.

Para la realización de la presente investigación, se observó a la población femenina en diferentes etapas de la gestación y del puerperio, lo que nos permitirá inferir en las posibles causas que interfieren en la lactancia materna exitosa, más para poder comprobarlas era necesario un mayor nivel de profundidad, con el fin de determinar la participación del personal de enfermería en el proceso de orientación a las madres, para de este modo establecer cuales son las determinantes que se manifiestan en complicaciones en mujeres primigestas con embarazo a término que fueron atendidas en el Hospital General "José Vicente Villada", del Instituto De Salud Del Estado de México.

### 6.6.2 Entrevista.

La información fue obtenida por una cédula denominada:

**"REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TERMINO" (ROBPESLM).**

La cédula esta compuesta en primer lugar por la autorización de la paciente investigada después tendrá un primer apartado que será la ficha de identificación, un segundo apartado en donde se habla de los aspectos relacionados con el momento en el cual reciben la orientación sobre lactancia materna, un tercer apartado en el que se menciona la orientación recibida en el hogar de la paciente y por último un cuarto apartado que nos habla de las complicaciones en la lactancia materna que presento la mujer encuestada. Esta cédula, cabe aclarar, que la autorización de las participantes a la investigación, se realiza con el fin de no incurrir, en errores de ética y sobre todo en la legislación sobre investigación en seres humanos estipulada en la Ley General de Salud, aunque la investigación no es experimental se solicita dicha autorización y consentimiento.

## Hoja de captura de datos (cédula): ANEXO 1

Los datos obtenidos en el hospital se corroboraron en el hogar de las pacientes, ya que todas las encuestas, tuvieron dos bloques de recolección de datos; un espacio de tiempo entre la entrevista inicial y la entrevista final, pudiendo corroborar los datos obtenidos en el hospital con los obtenidos en el hogar. El trabajo de campo tuvo un espacio de tiempo entre 2 y 3 meses entre una entrevista y otra. Esta investigación no fue de tipo comparativo, siendo esta una investigación de tipo observacional.

## 6.7 RECURSOS.

### 6.7.1 Recursos humanos.

- 3 pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
- 1 Director de tesis.

### 6.7.2 Recursos materiales.

- Materiales de oficina
- Computadora
- Discos de 3 ½ para computadora
- Hojas blancas

### 6.7.3 Recursos financieros.

- Todos los gastos se cubrirán por los investigadores.

## 6.8 VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los resultados van a ser validados en la medida que fue realizada una prueba piloto el instrumento en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, obteniéndose de los ítems de la cédula un entendimiento y claridad para la encuestada por lo cual consideramos su aplicación como documento validado para la investigación.



## 7 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSE VICENTE VILLADA”,  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 1: EDAD

EDAD	Fx	%
13-18años	115	46.7
19-24años	100	40.7
25-30años	31	12.6
TOTAL	246	100

FUENTE: 215 encuestas aplicadas a las pacientes primigestas con embarazo a término que fueron atendidas en el Hospital General “José Vicente Villada”

DESCRIPCION: Del total de la población el grupo de edad entre 13-18 años representa el 46.71% (115); seguido por el grupo de entre 19-24 años representa el 40.7% (100); y por último el grupo de entre 25-30 años con un 12.6% (31).

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 2 ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	Fx	%
ANALFABETA	11	4.5
PRIMARIA	68	27.6
SECUNDARIA	109	44.3
PREPARATORIA	58	23.6
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: De acuerdo a la escolaridad encontramos que el 44.3% (109) tiene el nivel de secundaria; en nivel de primaria corresponde al 27.6% (68); el de preparatoria registro el 23.6% (58); y analfabetas el 4.5% (11) del total de la población encuestada.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 3 RELIGIÓN

RELIGIÓN	Fx	%
CATOLICA	213	86.6
CREYENTE	20	8.1
OTRO	13	5.3
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Con respecto a la religión, se encontró que el 86.6% (213) practican la religión católicas; el 8.1% (20) son creyentes; y el 5.3% (13) practican otra religión.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 4 ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	Fx	%
SOLTERA	64	26
CASADA	80	32.5
UNION LIBRE	102	41.5
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Con respecto al estado civil se encontró que viven en unión libre el 41.5% (102); con respecto al estado civil de casadas el 32.5% (80); y solteras el 26% (64) del total de la población.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 5 OCUPACION

OCUPACIÓN	Fx	%
HOGAR	171	69.5
EMPLEADA	24	9.7
ESTUDIANTE	39	15.9
OTRO	12	4.9
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem

DESCRIPCIÓN: De acuerdo a la ocupación de las mujeres encuestadas se encontró que el 69.5% (171) se dedica al hogar; que 15.9% (39) es estudiante y empleada el 9.7% (24); y las que se dedican a otra ocupación el 4.9% (12), siendo este ultimo pacientes que se dedican al comercio.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 6 ORGANIZACIÓN FAMILIAR

ORGANIZACIÓN FAMILIAR	Fx	%
NUCLEAR	98	39.8
EXTENSIVA	107	43.5
DESINTEGRADA	41	16.7
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem

DESCRIPCIÓN: De acuerdo a la organización familiar se encontró que para familia extensiva correspondió el 43.5% (107); para familia nuclear el 39.8% (98); y para familia desintegrada se encontró el 16.7% (41) del total de la población.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 7 RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

RESOLUCIÓN	Fx	%
PARTO FISIOLÓGICO	186	75.6
CESAREA	60	24.4
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Del tipo de resolución del embarazo se encontró que, el 75.6% (186) tuvo resolución de parto fisiológico; y el 24.4% (60) la resolución fue cesárea.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 8 DURACIÓN DEL EMBARAZO

DURACIÓN DEL EMBARAZO	Fx	%
37-38 SDG	44	17.9
39-40 SDG	176	71.5
41-42 SDG	26	10.6
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Para la duración del embarazo se encontró que de 39 a 40 semanas de gestación corresponde al 71.5 % (176); que entre 37 y 38 semanas de gestación corresponde el 17.9% (44); y de 41 a 42 semanas de gestación el 10.6% (26).



HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 9 LUGAR DONDE INICIO LA ORIENTACIÓN A LA LACTANCIA  
 MATERNA

LUGAR	Fx	%
HOGAR	36	14.6
HOSPITAL	129	52.4
AMBOS	63	25.6
NINGUNO	18	7.4
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Para el lugar donde se inicio la orientación sobre lactancia materna, se encontró que en el hospital se dio inicio a la orientación en un 52.4% (129); en ambos (hogar y hospital) el 25.6% (63); en el hogar, recibiendo la orientación de algún familiar, el 14.6% (36); y en ninguno lugar correspondió al 7.4% (18).

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 10 SERVICIO DENTRO DEL HOSPITAL DONDE LE INFORMARON POR  
 PRIMERA VEZ.

LUGAR	Fx	%
LABOR	21	8.5
RECUPERACIÓN	168	68.3
HOSPITALIZACION	30	12.2
NINGUNO	27	11
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Para el servicio dentro del hospital en el que recibieron información por primera vez, se encontró que en recuperación fue del 68.3% (168); en hospitalización del 12.2% (30); en ninguno lugar dentro del hospital el 11% (27); en el área de labor se encontró el 8.5% (21).

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 11 SERVICIO DENTRO DEL HOSPITAL DONDE LE INFORMARON POR  
 ULTIMA VEZ.

SERVICIO	Fx	%
RECUPERACIÓN	89	36.2
HOSPITALIZACION	127	51.6
NINGUNO	30	12.2
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Para el servicio dentro del hospital en el que recibieron información por última vez se encontró que en hospitalización recibieron el 51.6% (127); en recuperación el 36.2% (89), y en ningún servicio el 12.2% (30).

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 12 ORIENTADOR

ORIENTADOR	Fx	%
ENFERMERA	176	71.5
MÉDICO	27	11
OTRO	16	6.5
NINGUNO	27	11
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: De acuerdo a la persona que fungió como orientador se encontró, que la orientación fue brindada por las enfermeras en un 71.5% (176); por el médico correspondió al 11% (27); como respuesta de ninguno correspondió al 11% (27); y otro el 6.5% (16) que representa la información que brindan los familiares.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 13 CALIDAD DE LA INFORMACION

CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	Fx	%
BUENA	176	70.3
REGULAR	36	14.6
MALA	10	4.1
NO ME INTERESO	27	11
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: De acuerdo a como consideraron la información recibida al momento de la orientación, se encontró que la describen como buena el 70.3% (173); como regular el 14.6% (36); además se encontró con un 11% (27) a la cual no le intereso; y solo el 4.1% (10) la consideró mala.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 14 RECOMENDACIONES APORTADAS

RECOMENDACIONES	Fx	%
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.	16	6.5
POSICIONES ADECUADAS	104	42.2
MASAJES PARA MEJORAR LA PRODUCCION DE LECHE	56	22.8
TODAS LAS ANTERIORES	14	5.7
NINGUNA	56	22.8
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: De acuerdo a las recomendaciones aportadas que no conocían las mujeres encuestadas; se encontró que el 42.2% (104) correspondió a posiciones adecuadas; que en masajes para mejorar la producción de leche se encontró un 22.8% (56); para ninguna recomendación aportada ocupó el 22.8% (56); para beneficios de la lactancia materna un 6.5% (16); y todas las anteriores 5.7% (14) que corresponde a aquellas mujeres que recibieron orientación de los beneficios, posición para lactar y masajes para mejorar la producción de leche.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSE VICENTE VILLADA”,  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 15 INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

INICIO DE LA LACTANCIA	Fx	%
EXPULSION	12	4.9
RECUPERACION	189	76.8
HOSPITALIZACION	27	11
DOMICILIO	18	7.3
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Para el momento en que se inició la lactancia materna, se encontró que en recuperación la iniciaron el 76.8% (189); que en hospitalización se dio inicio en un 11% (27); en el domicilio la iniciaron el 7.3% (18) comentando que este ultimo dato corresponde a mujeres que dieron inicio tardíamente a la alimentación al seno materno por patologías del infante; el 4.9% (12) comenzaron en la sala de expulsión la alimentación al seno materno.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA".  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 16 PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA

PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA	Fx	%
ACTIVA	54	22
POCO ACTIVA	103	42
INDIFERENTE	89	36
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: En cuanto a la participación que tiene la pareja en la lactancia materna se encontró, como poco activas un 42% (103); en cuanto a indiferente un 36% (89); y a una participación activa se encontró el 22% (54).



HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSE VICENTE VILLADA”,  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 17 ORIENTACIÓN EN EL HOGAR

ORIENTACIÓN EN EL HOGAR	Fx	%
SIEMPRE	74	30
ALGUNAS VECES	72	29
EN NINGUN MOMENTO	100	41
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Para determinar la participación del personal de salud en la impartición de la orientación sobre aspectos de la lactancia materna que no comprendieron las mujeres encuestadas; se encontró que el 41% (100) en ningún momento quiere orientación en su hogar; mientras que el 30% (74) respondió que siempre le gustaría contar con orientación en el hogar; y para el rubro algunas veces se encontró un 29% (72).

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 18 ORIENTACIÓN ACTUAL

QUIEN BRINDA ORIENTACIÓN ACTUALMENTE	Fx	%
ENFERMERA	109	44.3
MÉDICO	32	13
FAMILIA	50	20.4
TODAS LAS ANTERIORES	23	9.3
NINGUNA	32	13
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Para establecer quien brinda la orientación actualmente las pacientes refirieron recibir orientación sobre lactancia materna por la enfermera en un 44.3% (109); por la familia en un 20.4% (50); para ninguno se encontró el 13% (32); quien recibe orientación por el médico se encontró el 13% (32); y todas las anteriores 9.3% (23) es decir las mujeres que reciben orientación actual en su domicilio por familiares y en el hospital por la enfermera y el médico.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 19 PROBLEMAS MATERNOS

PROBLEMAS MATERNOS	Fx	%
POCA LECHE	23	9.3
POSICIONES INCOMODAS	29	11.8
TIEMPO DE LA TETADA	29	11.8
OTRO	53	21.5
NINGUNO	112	45.6
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Dentro de los problemas que presentado la madre al dar seno materno, encontramos que el 45.6% (112) refirió ninguno; el 21.5% (53) otro tipo de problemas; el 11.8% (29) refirió como problema posiciones incómodas; para el tiempo de la tetada el 11.8% (29) lo identificó como problema; y para la hipogalactorrea (poca leche) la identificó el 9.3% (23).

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN “JOSE VICENTE VILLADA”,  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 20 COMPLICACIONES EN EL HOGAR

COMPLICACIONES EN EL HOGAR	Fx	%
GRIETAS Y DOLOR	98	39.8
TIEMPO INSUFICIENTE	27	11
OTRO	28	11.4
NINGUNO	93	37.8
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Dentro de las complicaciones de la lactancia materna que se identificaron en el hogar se encontró, que las grietas y dolor ocuparon el 39.8% (98); las que refirieron ninguno el 37.8% (93); para el tiempo de la tetada que identificaron como insuficiente fue el 11% (27); y otro tipo de problemas abarco el 11.4% (28).

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 21 DAÑOS A LA FIGURA

DAÑOS A LA FIGURA	Fx	%
SIEMPRE	17	6.9
ALGUNAS VECES	39	15.9
EN NINGUN MOMENTO	190	77.2
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Para las mujeres que identificaron la lactancia materna como un daño a su figura, encontramos que en ningún momento el 77.2% (190); algunas veces el 15.9% (39); y siempre represento el 6.9% (17)

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 22 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	Fx	%
EN EL BEBE	102	41.5
EN EL BEBE Y LA MADRE	72	29.3
EN EL BEBE, LA SOCIEDAD Y LA ECONOMIA	44	17.9
TODAS LAS ANTERIORES	28	11.3
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Para los beneficios de la lactancia materna se encontró que del total de la población, el 41.5% (102) refiere sólo beneficios al bebe; el 29.3% (72) refiere beneficios en el bebé y la madre; para los beneficios en el bebé, la sociedad y la economía 17.9% (44); y en todas las anteriores 11.3% (28) siendo este último los que refieren beneficios en el bebé, la madre, la sociedad y la economía.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTTLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 23 INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	Fx	%
2-3 MESES	157	63.8
4-5 MESES	69	28
6 MESES Y MAS	20	8.2
TOTAL	246	100

FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: De acuerdo al inicio la alimentación complementaria del recién nacido; se encontró que se da inicio a esta alimentación entre los 2 y 3 meses en un 63.8% (157); entre los 4 y 5 meses en un 28% (69); y para los 6 meses y más en un 8.2% (20).

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

CUADRO No. 24 SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.

SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	Fx	%
LA FAMILIA	19	7.7
LA PAREJA	15	6.1
INICIATIVA PROPIA	128	52.1
OTRA	84	34.1
TOTAL	246	100

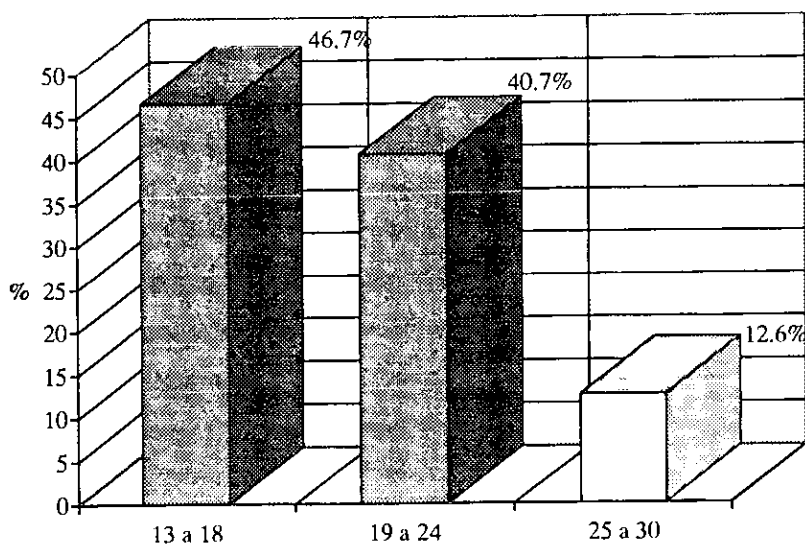
FUENTE: ídem.

DESCRIPCIÓN: Para los motivos de la suspensión de la lactancia materna, se encontró que se suspendió por iniciativa propia en un 52.1% (128); por otro motivo en un 34.1% (84); la familia como motivo de suspensión en un 7.7% (19); y la pareja correspondió al 6.1% (15).



HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

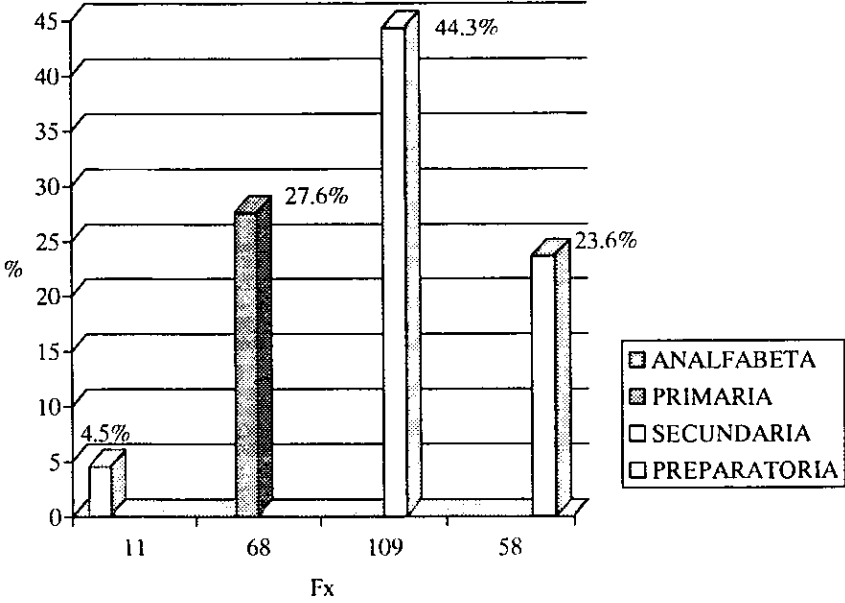
GRAFICA No. 1 EDAD



FUENTE: 215 encuestas aplicadas a las pacientes primigestas con embarazo a término que fueron atendidas en el Hospital General "José Vicente Villada"

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA".  
 REPERCUSSION DE LA ORIENTACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERIA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACION DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TERMINO.

GRAFICA No. 2 ESCOLARIDAD

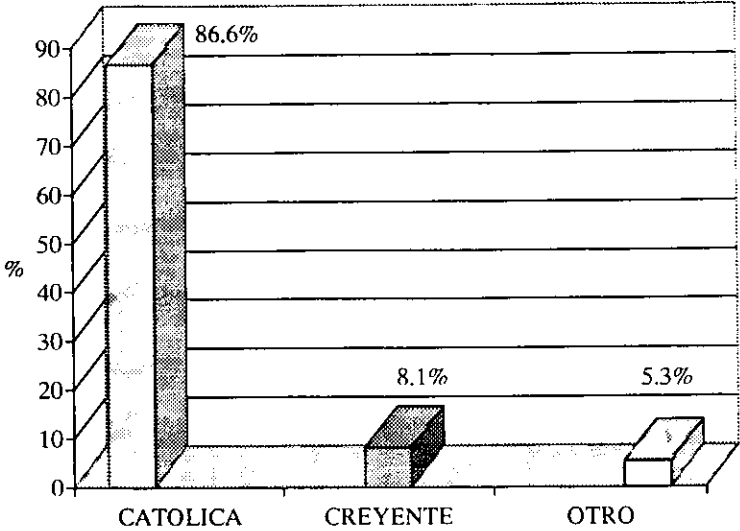


FUENTE: ídem



HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSSION DE LA ORIENTACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERIA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACION DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TERMINO.

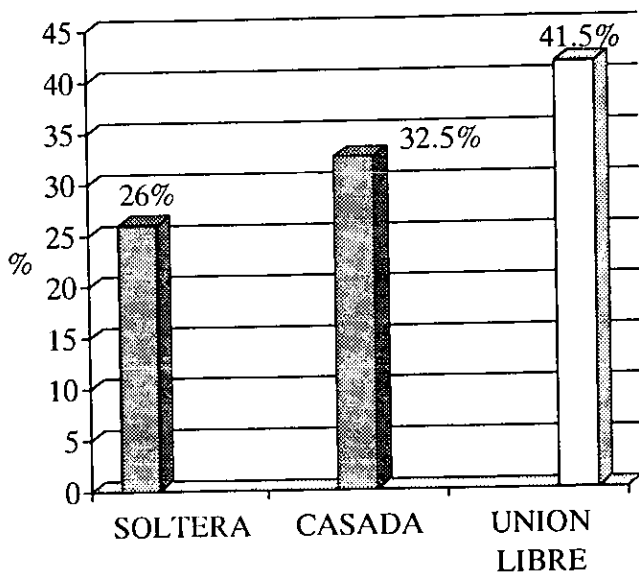
GRAFICA No. 3 RELIGION



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

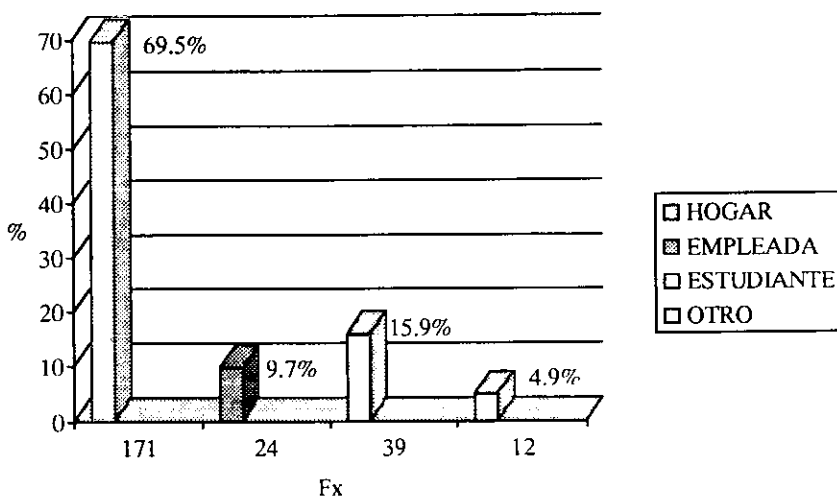
GRAFICA No. 4 ESTADO CIVIL



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

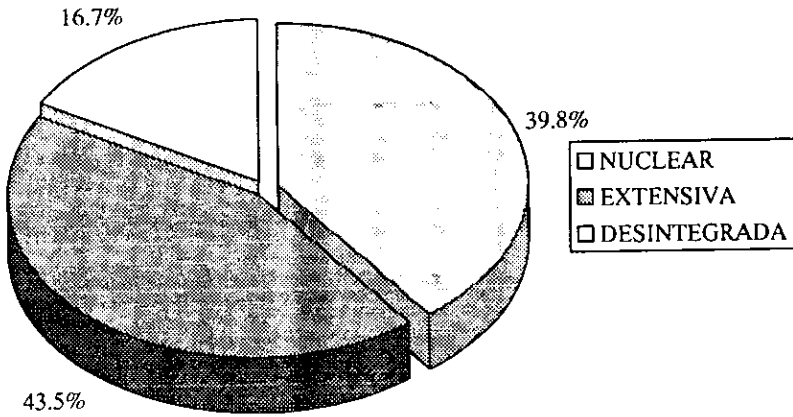
GRAFICA No. 5 OCUPACIÓN



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

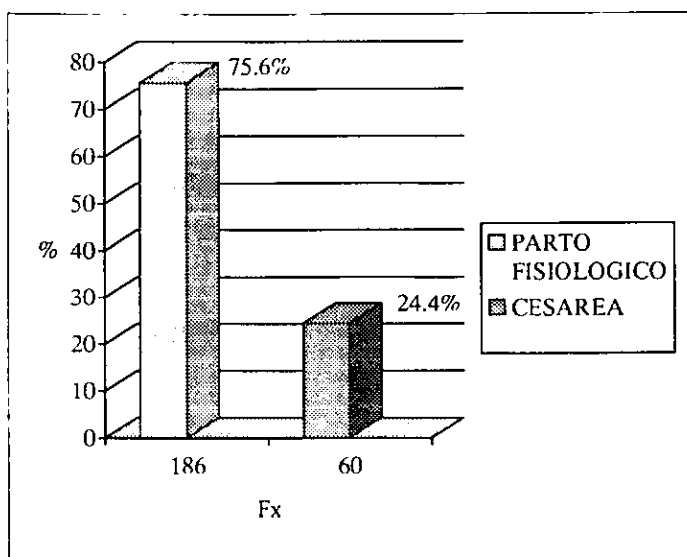
GRAFICA No. 6 ORGANIZACIÓN FAMILIAR



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

GRAFICA No. 7 RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

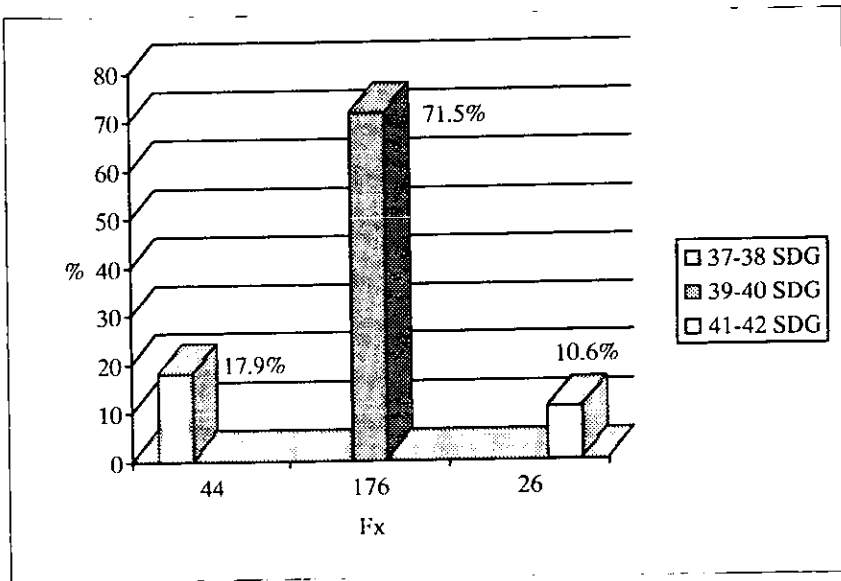


FUENTE: ídem.



HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

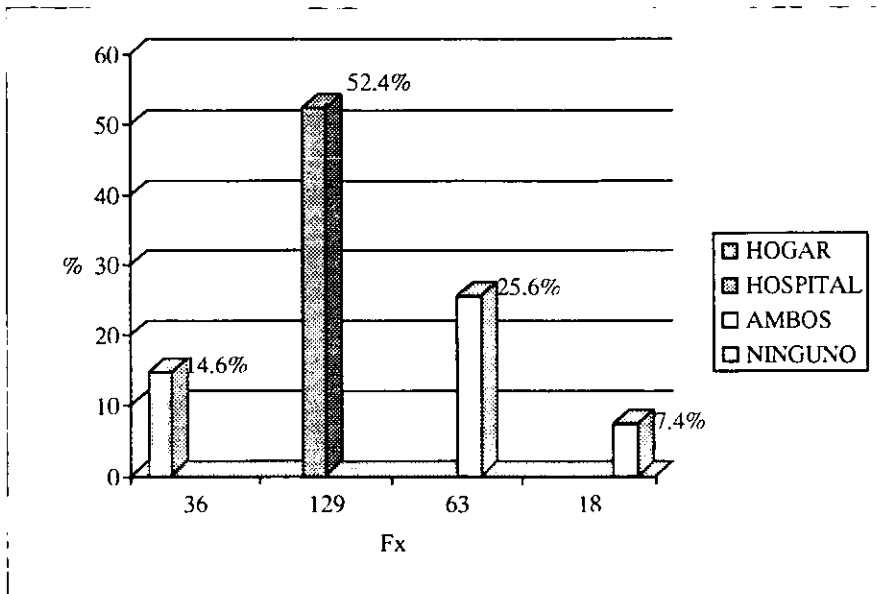
GRAFICA No. 8 DURACIÓN DEL EMBARAZO



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

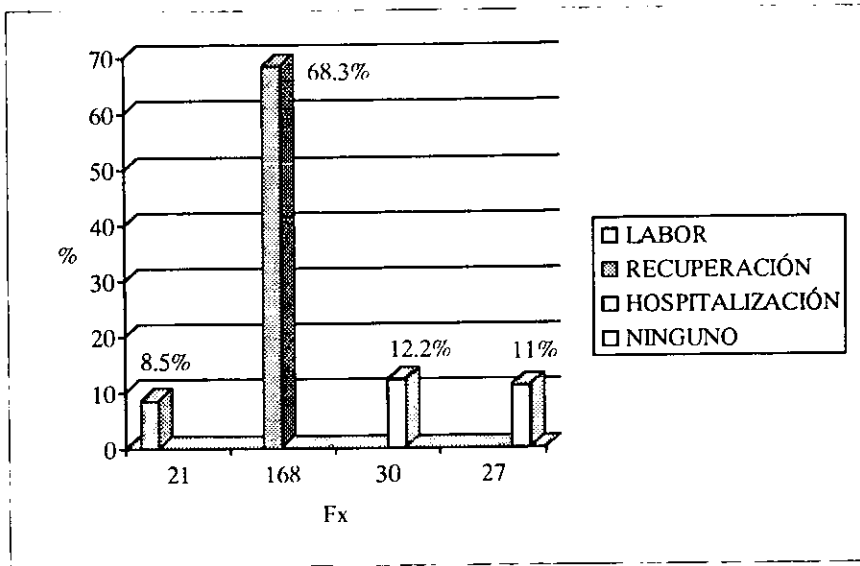
GRAFICA No. 9 LUGAR DONDE INICIO LA ORIENTACIÓN A LA LACTANCIA  
MATERNA



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

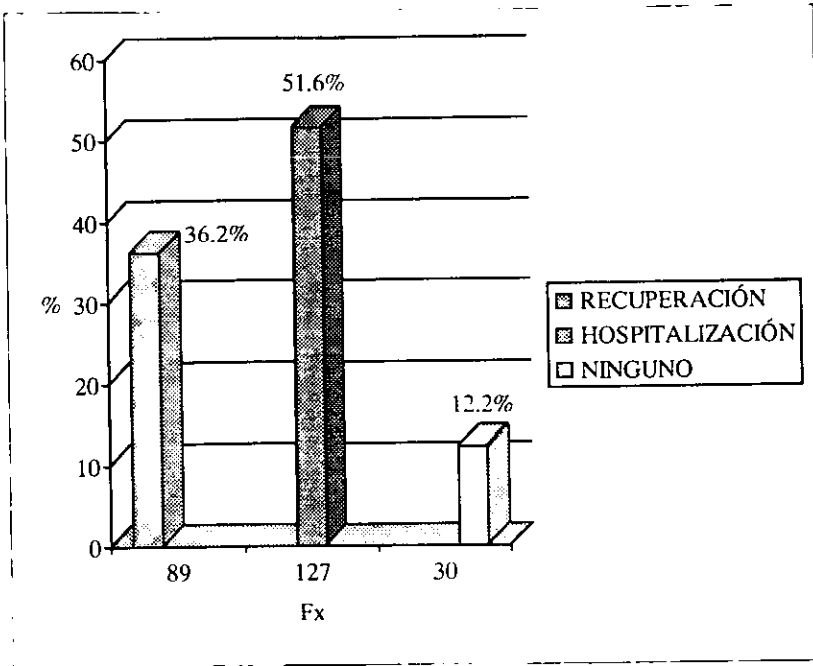
GRAFICA No. 10 SERVICIO DENTRO DEL HOSPITAL DONDE LE INFORMARON POR  
PRIMERA VEZ



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

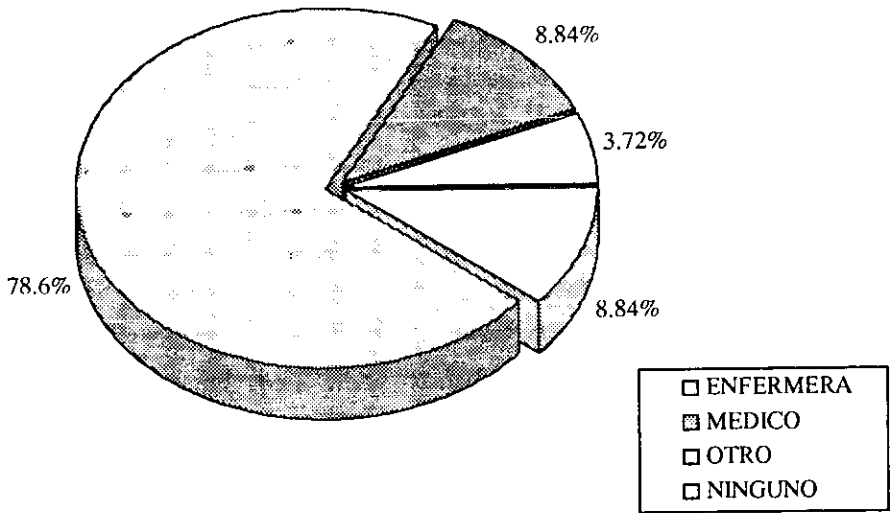
GRAFICA No. 11 SERVICIO DENTRO DEL HOSPITAL DONDE LE INFORMARON POR  
ULTIMA VEZ



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

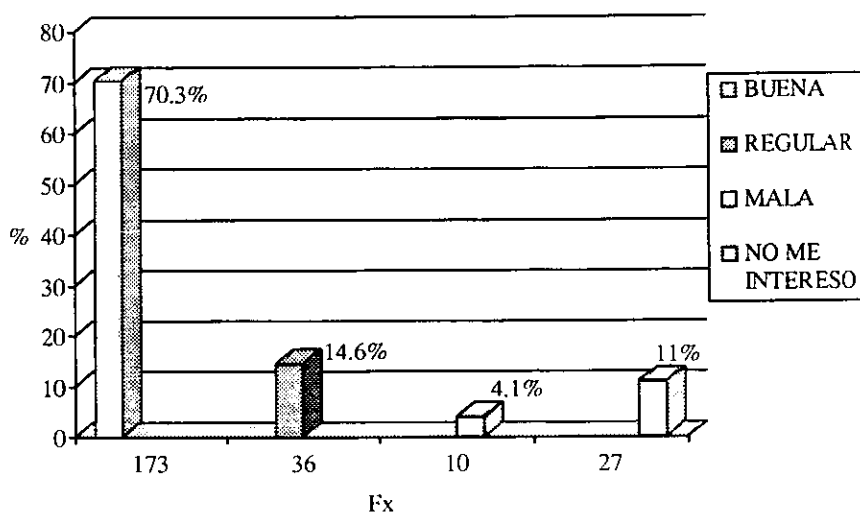
GRAFICA No. 12 ORIENTADOR



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

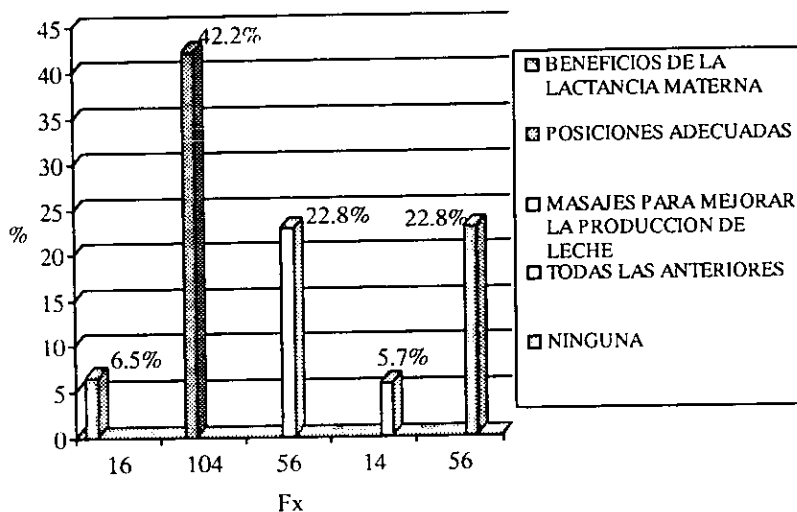
GRAFICA No. 13 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

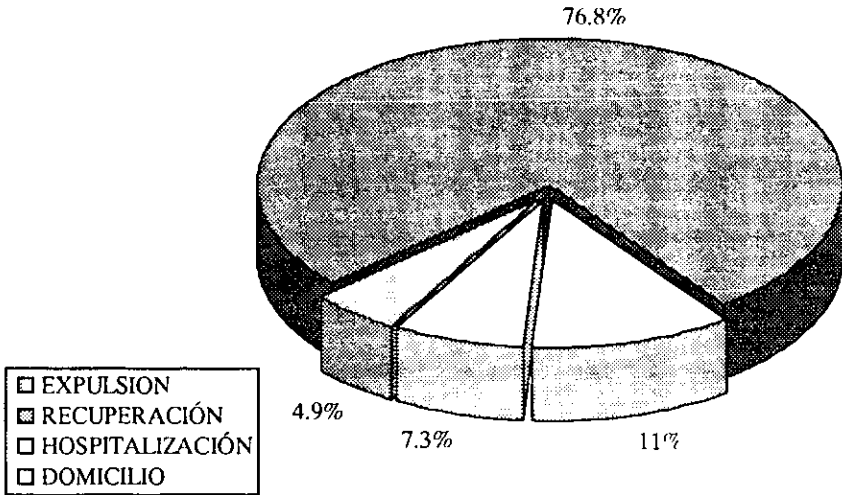
GRAFICA No. 14 RECOMENDACIONES APORTADAS



FUENTE: idem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

GRAFICA No. 15 INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

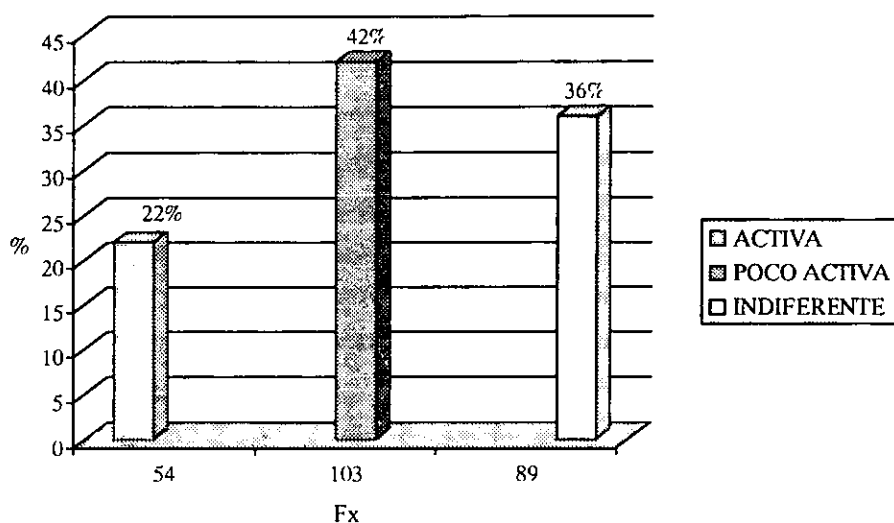


FUENTE: ídem.



HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

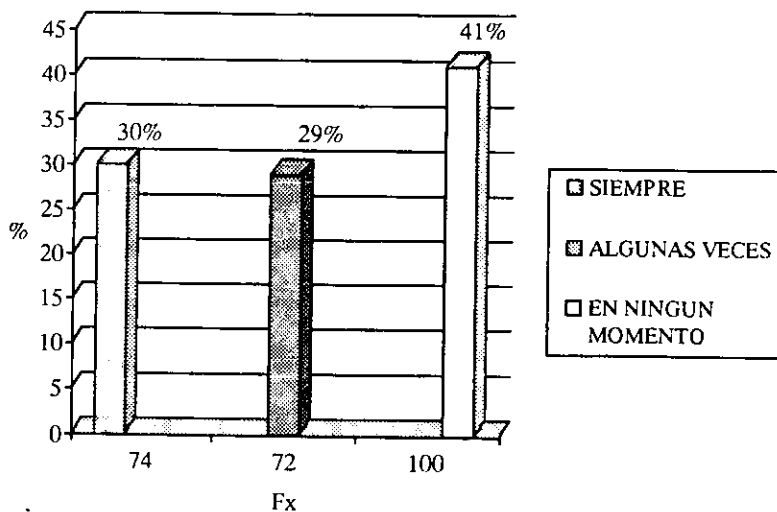
GRAFICA No. 16 PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

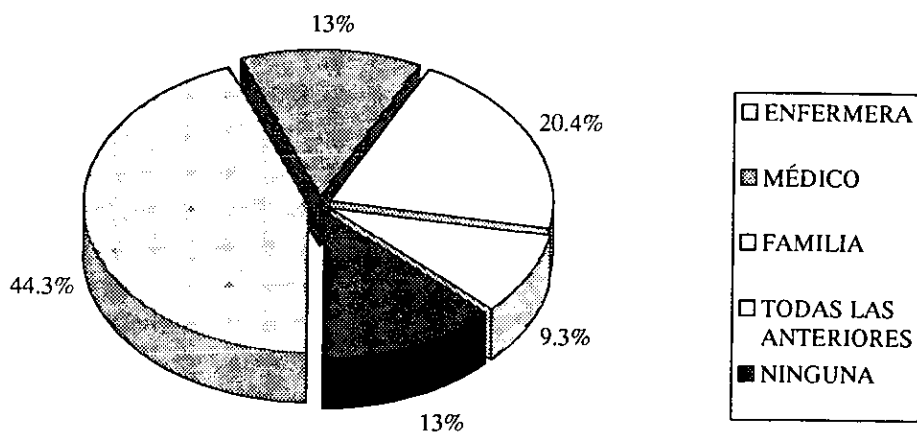
GRAFICA No. 17 ORIENTACIÓN EN EL HOGAR



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

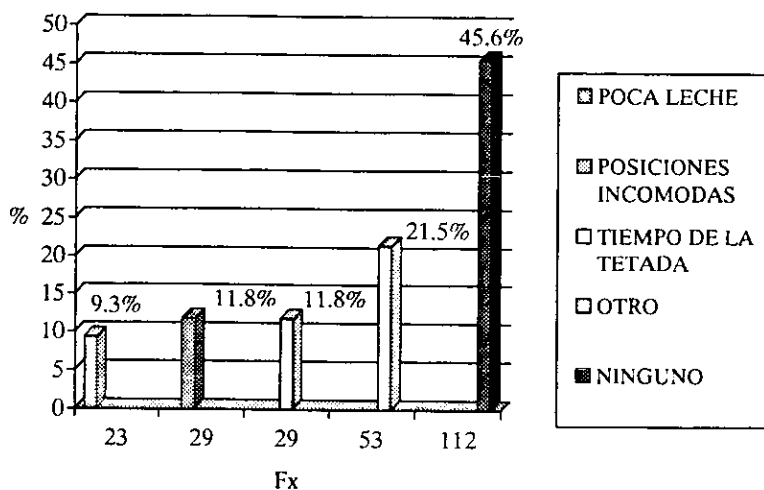
GRAFICA No. 18 ORIENTACIÓN ACTUAL



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

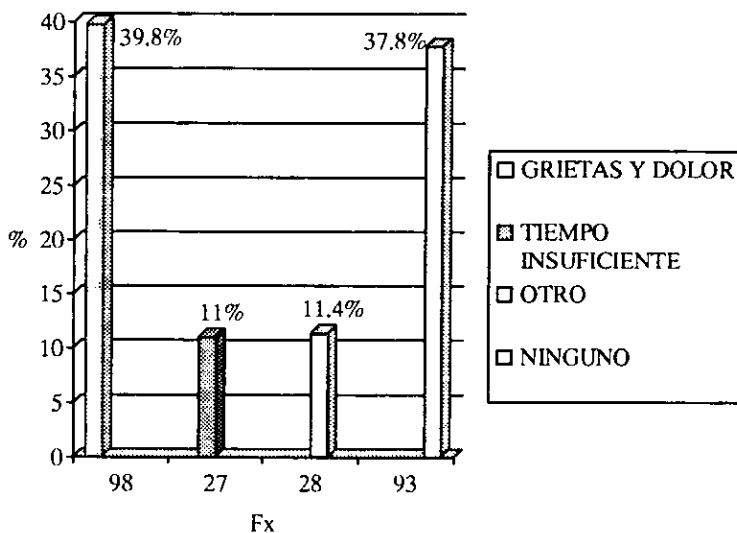
GRAFICA No. 19 PROBLEMAS MATERNOS



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

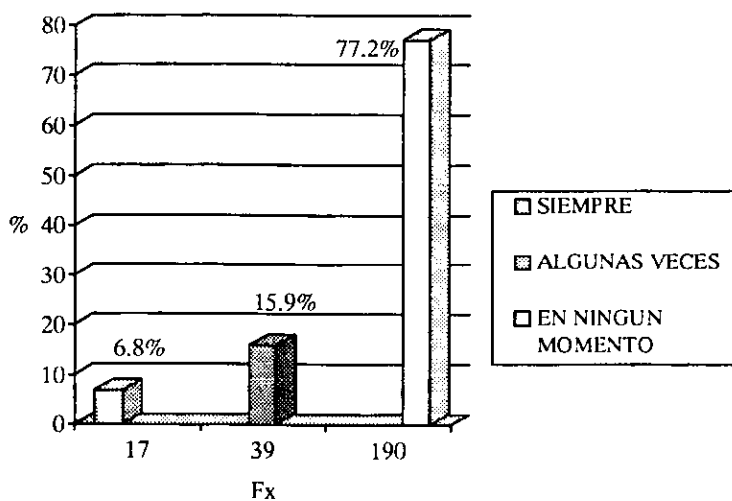
GRAFICA No. 20 COMPLICACIONES EN EL HOGAR



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTTLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

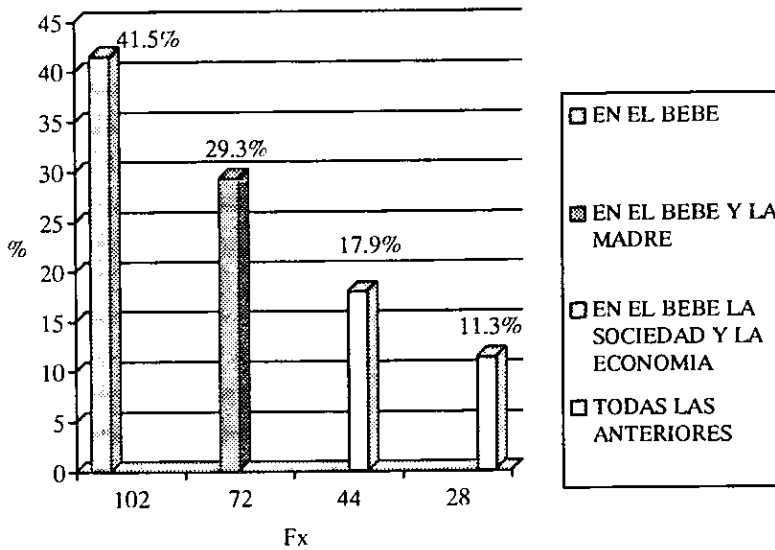
GRAFICA No. 21 DAÑOS A LA FIGURA



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
 REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
 ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
 COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

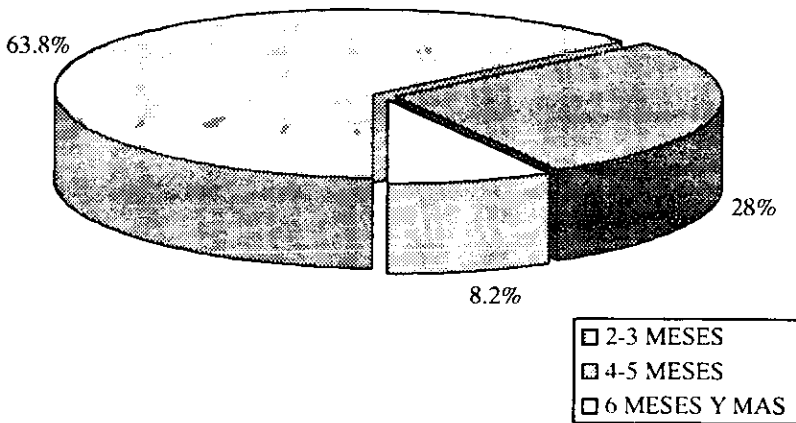
GRAFICA No. 22 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA



FUENTE: ídem.

HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

GRAFICA No. 23 INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

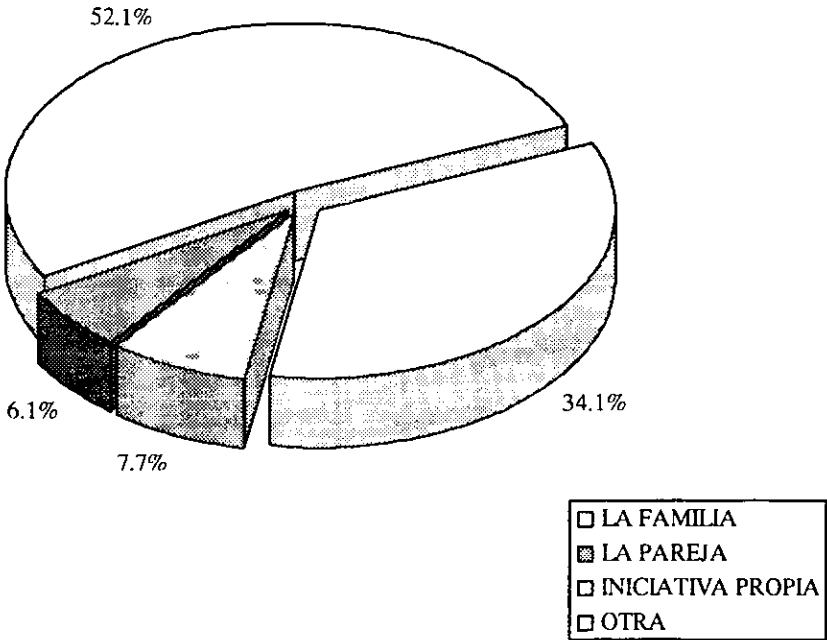


FUENTE: ídem.



HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "JOSE VICENTE VILLADA",  
REPERCUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA MANIFESTACIÓN DE  
COMPLICACIONES EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO A TÉRMINO.

GRAFICA No. 24 SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA



FUENTE: ídem.

## 8. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

De las encuestas realizadas en las diferentes áreas del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital General de Cuautitlán “José Vicente Villada”, a las pacientes que se les atendió de embarazo de término, con resolución de parto fisiológico y parto por vía abdominal (Cesárea), en el periodo comprendido de Febrero a de Julio del 2001, en el cual se determinó en forma no aleatoria la muestra de estudio, encontrando 246 pacientes las cuales reunieron todos los requisitos de inclusión y exclusión, a todas se les realiza una visita domiciliaria para corroborar los datos recolectados en el Hospital sobre la orientación recibida en lactancia materna, lo que nos arrojó un porcentaje de 52.4 % de pacientes que recibieron orientación dentro de la Institución, que corresponde a 129 casos.

La edad varía para todas las pacientes entre los 13 y 30 años, ocupando el primer lugar la segunda década de la vida de los 13 a 18 años con 115 casos. que corresponde al grupo de adolescentes; y en segundo lugar las edades de 19 a 24 años con 100 casos y por ultimo de 25 a 30 años con 31 casos.

Haciendo referencia a la escolaridad de la población estudiada se concluye para este indicador; que las mujeres encuestadas cuentan con un nivel escolar básico, 109 casos; medio superior, 58 casos. lo que les permite la comprensión de la orientación sobre lactancia materna que se les brindo en el Hospital por parte del personal de salud, para las personas que cuentan con primaria se encontraron 68 casos y para analfabetas solo con 11 casos; lo que nos habla de una escolaridad media básica para el total de la muestra encuestada.

Al hacer referencia a la práctica religiosa en las mujeres encuestadas se encontró en primer y segundo lugar, con 213 y 20 casos respectivamente. la religión católica y creyentes católicos; para otras religiones se encontraron 13 casos que refirieron ser ateos.

Para el estado civil, en donde se determina la presencia de una pareja y la formalidad de la familia, se concluyó que la población encuestada cuenta con pareja, ya sea de manera informal o en unión libre con 102 casos y formal o casados con 80 casos; dentro de los datos que arrojó la encuesta se determinó un aspecto importante para fines de la investigación que determina la manifestación de complicaciones de la lactancia materna no relacionado a la orientación del personal de enfermería, para lograr el éxito o fracaso de la alimentación al seno materno, que es el hecho de que 64 casos no cuenta con pareja, es decir madres solteras, las cuales por su propia estructura tienen otros factores que pueden determinar el fracaso de la lactancia materna y que en esta investigación no se contemplan.

Una de las principales complicaciones para la lactancia materna exitosa y que se manifiestan en la literatura consultada, es la referencia que se hace a la ocupación de las madres, que es el del empleo, donde se indica que más de la mitad de las mujeres que lactan trabajan; más sin embargo en la investigación se encontró que del total de la población encuestada la mayoría se dedica al hogar con 171 casos y en un segundo lugar las que se dedican al estudio con 39 casos, esto se relaciona al grupo de edad en donde se encontró mayor número de embarazos; en comparación con las que se emplean 24 casos o se dedican al comercio como otra actividad laboral que correspondió a 12 casos. En este indicador se pensaría que las mujeres encuestadas cuentan con el tiempo y el espacio suficiente para la práctica de la lactancia materna, pero durante las visitas domiciliarias se encontró que no es así, debido a que las mujeres en estudio, le dedican más tiempo a otro tipo de actividades domésticas que a la alimentación del lactante; con esto se pone de manifiesto que las mujeres que continúan estudiando o que se emplean están en igualdad de circunstancias con las mujeres que se dedican al hogar.

Una de las piezas claves para la correcta práctica de la lactancia materna, de acuerdo a lo consultado en la literatura, es la estructura familiar; de lo cual se encontró que en primer lugar se encuentran las mujeres con estructura familiar extensiva con 107 casos, en segundo lugar se encuentra la familia nuclear con 98 casos y en tercer lugar uno de los grupos más vulnerables es el de las mujeres que refirieron una familia desintegrada con 41 casos; es importante resaltar que se relaciona con el grupo de edad y con el grupo de madres solteras.

Dentro de los indicadores ginecobstétricos encontramos el tipo de resolución del embarazo del cual el porcentaje más alto lo tiene la resolución por parto fisiológico con 186 casos y la resolución por vía abdominal (cesárea) con 60 casos; siendo relevante contrastar que las mujeres encuestadas tuvieron un parto fisiológico en su mayoría para poder descartar la posibilidad de abandono de la lactancia materna por complicaciones propias de la resolución por vía abdominal; sin embargo dentro de la población estudiada, la cual la resolución de su embarazo fue cesárea ninguna presentó complicaciones en el puerperio quirúrgico; que para fines de la investigación es relevante debido a que la mayoría de las pacientes que cursaron con puerperio quirúrgico, durante la visita domiciliaria encontramos un alto índice de complicaciones durante la lactancia principalmente grietas y dolor en los pezones que generalmente por una o ambas de las siguientes causas: El bebé NO estaba colocado y prendido al pecho en forma adecuada, o el bebé no succionaba efectivamente. Es un hecho que los bebés aprenden a succionar efectivamente cuando toman leche por estar bien colocados al pecho (aprenden con la práctica) y con una correcta orientación de las posiciones y técnica de alimentación al seno materno, referimos este tipo de complicaciones en este apartado, donde se hace relevante el hecho de que la orientación a las pacientes posoperadas de cesárea no fue la adecuada.

En el cuadro de la duración del embarazo se hace relevancia a la edad gestacional de las mujeres encuestadas para fines de los criterios de inclusión.

Dentro de nuestras variables la determinante principal es la orientación brindada por el personal de enfermería sobre la lactancia materna para determinar la manifestación de complicaciones por la misma, para este rubro en el cuadro N° 9, donde se pone de manifiesto el lugar donde se da inicio a la orientación, tomando en cuenta desde antes de llegar al hospital información previa de padres o familiares; para el hogar como lugar de inicio de la orientación a la lactancia materna se encontraron 36 casos, de los cuales se le había brindado por familiares cercanos (madre o suegra); dentro del hospital las mujeres que contestaron haber recibido orientación sobre lactancia materna. en primer lugar, se encontraron 129 casos, en este punto se toman también en consideración las personas que contestaron en ambos lugares con 63 casos; es importante enfatizar que 18 casos

refirieron no haber recibido orientación en ningún lugar. Si bien es importante desde el punto de vista que dentro del hospital permanecen hospitalizadas entre 24 y 72 hrs. para parto fisiológico y parto quirúrgico respectivamente, pasando por los servicios de labor, quirófano o expulsión y hospitalización, también se sabe que no es responsabilidad absoluta de la enfermera la orientación dentro del programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, pero si es la que pasa mayor tiempo con las pacientes, enfatizamos este punto por el hecho de la falta de información a este número de pacientes, que si bien aparentemente es pequeño no lo es así si lo multiplicamos por los doce meses del año y a su vez por los años que tiene el programa, encontraríamos cifras verdaderamente alarmantes de pacientes las cuales no tienen una orientación en el área hospitalaria, y más alarmante es el caso de que ellas serán las que transmitan su experiencia a otras madres.

Dentro de la orientación brindada en el hospital también se determinó un rubro el cual se representa en el cuadro N° 10, en el cual se registró el servicio dentro del hospital donde se le informó a las mujeres encuestadas sobre lactancia materna por primera vez; en este punto se encontró que en primer lugar de incidencia se halla el área de recuperación con 168 casos, en segundo lugar el área de hospitalización con 30 casos; en tercer lugar el área de labor con 14 casos; por último se exhibió el registro, en el que algunas mujeres manifestaron, que en ningún lugar recibieron dicha orientación con 27 casos, que de igual manera se corrobora con el cuadro N° 9; así mismo en el cuadro N° 11 en el cual se determinó en que lugar dentro del hospital recibió información por última vez, en cuanto a la orientación sobre lactancia materna, en primer lugar se encontró hospitalización el cual registro 127 casos, en segundo lugar se encontró la sala de recuperación con 89 casos; nuevamente encontramos que en ningún lugar recibieron orientación encontraron 30 casos. En el cual se confirma que un numero pequeño de casos no recibió información en el hospital.

En la encuesta aplicada se abrió un rubro en el cual se especificó quien es el orientador y se encontró que la enfermera se localiza en primer lugar con 176 casos, con lo que se confirma que dentro del personal de salud la que tiene mayor influencia en el programa de lactancia materna es la enfermera; en segundo lugar se encontró el médico con 27 casos y en el apartado de otro, en

este se engloba a los trabajadores sociales, con 16 casos y por último se encontró que ninguna persona brindó información 27 casos.

Como se ha visto, la orientación a la lactancia materna es transmitida por el personal de enfermera, en primer lugar; así mismo se determina que la información que esta brinda es de buena calidad, según las mujeres encuestadas; en el cuadro N° 13 se registró este indicador como buena, regular, mala y no me intereso; en primer lugar como buena 173 casos, en segundo lugar las mujeres encuestadas la percibieron como regular con 36 casos, como mala con 10 casos y en el rubro de no me intereso se registraron 27 casos, en este punto las mujeres que no recibieron información realmente no les interesaba si recibían orientación o no dicha orientación.

Dentro del hospital de acuerdo a la orientación que se brindó a las mujeres encuestadas, se encontró que las recomendaciones que no conocían fueron; en primer lugar las posiciones adecuadas con 104 casos, en segundo lugar los ejercicios para mejorar la secreción láctea y el de ninguna recomendación aportada con 56 casos respectivamente; es importante el número de casos los cuales refirieron que la información fue buena, sin embargo al relacionarlo con esta tabla encontramos que un número importante de casos refieren que no les proporcionaron nada relevante, con lo que encontramos que la información proporcionada no tiene un impacto real sobre la población. Otro de los puntos que se tomó en cuenta en la orientación brindada fueron los beneficios de la lactancia materna en el cual encontramos que sólo a 16 casos les informaron sobre los beneficios de está. En cuanto a los casos que refirieron haber tenido todas las anteriores se encontraron 14 de ellos. Con lo que podemos establecer que la información no es completa y sobre todo que no esta teniendo un impacto real sobre la población, desde el punto de vista que las mujeres refieren como más importante en esta orientación la posición y en contraste los beneficios de la lactancia casi no se toman en cuenta.

Al analizar los resultados se encontraron algunos puntos importantes por lo que se hace más significativo prestar atención a la información que se proporciona en el área hospitalaria y el hogar, uno de estos puntos es también el establecimiento de la lactancia materna. Para este punto, al estudiar el inicio de la lactancia materna se encontró que en recuperación es donde se

inicia primordialmente la alimentación al seno materno y se establece un vínculo primario, en este apartado se encontraron 189 casos (cuadro N° 15), 27 casos dieron inicio a la alimentación al seno materno en hospitalización, y 18 casos que dieron inicio a la alimentación al seno materno en el hogar, esto por razones propias del lactante como patologías.

En el cuadro N° 16 donde se analiza la participación de la pareja, esto con el fin de establecer un nexo en cuanto a esta participación; en primer lugar encontramos que 103 casos refieren poco activa la participación de la pareja, en segundo lugar se encuentra el rubro indiferente con 89 casos; el rubro de activa con 54 casos, lo cual hace referencia al tipo de población enmarcando la muestra estudiada, en la cual el establecimiento de un matrimonio formal no es en la mayoría de los casos, y además de responder al prototipo de el padre ausente.

Dentro de la muestra estudiada, se hizo la pregunta de si sería necesario proporcionar orientación en el hogar en aspectos de la lactancia materna que no comprendieron, de lo cual la respuesta fue la siguiente, para los casos los cuales respondieron que siempre sería necesario contar con orientación en el hogar se contó con 74 casos, para algunas veces sería necesario con 72 casos y para en ningún momento contó con 100 casos; con estos datos se determina que las pacientes no desean orientación en el hogar, sin embargo tenemos más de la mitad de la muestra la que refiere tener necesidad de orientación especializada en algún momento del periodo de lactancia.

En esta parte los datos fueron obtenidos en el hogar de las pacientes. Al establecer quién proporciona actualmente orientación, en primer lugar respondieron que la enfermera con 109 casos; 50 casos respondieron que un familiar (madre, suegra o hermanas), el médico y ninguna persona proporciona actualmente información quedaron con 32 casos respectivamente; 23 casos respondieron que las anteriores (enfermera, familiar y médico); con estos datos se determina que la enfermera sigue siendo pieza clave dentro del programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, en la orientación a la lactancia materna, sin embargo hay un grupo grande que no recibe orientación, en el cual se establece un riesgo alto de abandono de la lactancia materna por falta de conocimientos apropiados.

Dentro de los problemas que se registraron al iniciar la lactancia materna, en primer lugar se tuvo a las que registraron no haber tenido problemas los cuales fueron 112 casos; para posiciones incómodas y tiempo de la tetada como problema se encontraron 29 casos respectivamente; en cuanto a la producción de leche, 23 casos reportaron hipogalactorrea; 53 casos se encontraron con otro tipo de problemas, para los cuales se encontraron hospitalización del bebé, problemas de la formación de los pezones y disminución del reflejo de succión del bebé.

Para las complicaciones que presentaron las mujeres en el hogar, se encontró grietas y dolor con 98 casos en primer lugar, seguido de los casos que reportaron ningún problema con 93 unidades; para tiempo insuficiente y otro tipo de problema se encontraron 27 casos respectivamente, para otro tipo de problema se encontró poca leche (hipogalactorrea), embarazo y tiempo insuficiente; en este apartado se determina que la incidencia de problemas en el hogar radica principalmente en la técnica de ofrecer el seno materno y los cuidados a la mama después de la tetada, remarcando que este tipo de problemas se limitan en gran medida con la correcta orientación de las madres a la lactancia materna. Con relación a los casos que refirieron ningún problema al iniciar la alimentación al seno materno y los casos que de igual forma refirieron continuar con ningún problema en el hogar, se establece que de acuerdo a los 112 casos del primer apartado y los 93 casos del segundo apartado, hay 28 casos los cuales presentaron problemas en el hogar, así mismo hay una disminución importante de los casos que refirieron otro tipo de problemas con referencia al cuadro N° 19 de los cuales la técnica de alimentación al seno materno no estaba bien entendido.

Haciendo referencia en cuanto a que si la práctica de la lactancia materna ocasiona daños a la figura materna (cuadro N° 21) se encontró que 190 casos consideraron que en ningún momento pudiera dañarse su figura, 39 casos refirieron que algunas veces y solo 71 casos manifestaron que esta práctica siempre les ocasiona daño. Es importante mencionar que para los 56 casos que manifestaron que la lactancia materna les ocasiona daños en su figura, esto no es relevante, ya que anteponen el bienestar de su bebé, no preocupándose los daños ocasionados por el amamantamiento; con esto se pone de manifiesto que la información que recibe la madre no es lo suficientemente completa, ya que se sabe que implementando medidas dirigidas al cuidado de las mamas se puede evitar el posible daño.



En el cuadro N° 22 que pone de manifiesto los beneficios de la lactancia materna se puede observar que la mayoría de la población estudiada no conoce todos los beneficios que puede originar la práctica de la lactancia materna ya que 102 casos refieren que sólo el bebé se beneficia, y es alarmante encontrar que solo 28 casos refieren beneficios en el bebé, la madre, la sociedad y la economía. La información que proporciona el personal de salud y principalmente la enfermera (sustentado en los cuadros N° 12 y 18) se concluye que no es completa, ya que la importancia de conocer todos los beneficios de la lactancia materna radica en el éxito de la misma.

En cuanto al inicio de la alimentación complementaria del recién nacido (cuadro N° 23) en las encuestas aplicadas se encontró que 157 casos la inicio de los 2-3 meses de edad, 69 casos la iniciaron entre los 4-5 meses de edad y sólo 20 casos lo hacen a los 6 meses y más; aquí podemos darnos cuenta que la mayoría de la población inicia la ablactación a muy temprana edad del recién nacido, por lo que la lactancia materna ya no es exclusiva, originando el abandono de la misma.

En el último cuadro se mencionan los motivos que originan la suspensión de la lactancia materna, encontrando en primer lugar con 128 casos por iniciativa propia, destacando que estas pacientes refirieron que su leche ya no beneficiaba al bebé; se encontraron 84 casos con el indicador de otro en el que se contemplan el de un nuevo embarazo, hospitalización del bebé y/o rechazo del seno materno por parte del bebé; 19 casos manifestaron abandonar la lactancia materna por influencia de la familia y 15 casos la abandonaron por su pareja.

## 9. CONCLUSIONES.

Al finalizar la presente investigación, cuya finalidad era conocer cual es la repercusión de la orientación brindada por el personal de enfermería sobre lactancia materna en la manifestación de complicaciones en mujeres primigestas con embarazo a término que fueron atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada"; de lo cual se concluyó lo siguiente:

El personal de enfermería ejecutó las intervenciones que forman parte del Programa Hospital del Niño y de la Madre, resaltando que este personal de salud de acuerdo al análisis realizado es el que tiene mayor participación en la orientación sobre lactancia materna, que se brinda en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada", en el área de ginecología y obstetricia; aunado a esto se pone de manifiesto que la orientación se brinda en el área de recuperación, principalmente; para lograr determinar la repercusión de la orientación brindada, fue indispensable recurrir a las visitas domiciliarias, en la cual se determino una influencia externa a la orientación proporcionada en el hospital, donde es relevante destacar que la información que se brinda en el hospital carece de una profundidad adecuada y además no se realiza en un momento óptimo para lograr el impacto adecuado y así mismo esperado.

Con base en los resultados se concluye que uno de los factores primordiales para que se logre una lactancia exitosa, la conforman la actitud que adopta el personal de enfermería y las prácticas que se emplean en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada", a favor de la lactancia natural, siendo importante destacar que los contenidos de la orientación son pobres en profundidad, lo que se manifiesta en una práctica de la alimentación al seno materno deficiente. Para esta investigación no se corrobora la capacitación y la actualización del personal de enfermería en el tema de lactancia materna, con lo que se manifiesta que no se duda de su capacidad y de la formación que tienen en esta área para proporcionar su apoyo e información necesaria a las mujeres embarazadas en su preferencia del modo de alimentar al recién nacido.

Además que un alto número de pacientes refiere que la orientación que recibió fue buena, por parte del personal de enfermería; existe un alto porcentaje de pacientes que no recibieron

orientación en ninguna parte dentro de las áreas de ginecología y obstetricia, con lo que se hace viable el abandono de la práctica de la lactancia materna o realizar una práctica incorrecta, por ejemplo la ablactación temprana, complicaciones de los senos como grietas y dolor, que son reflejo de una técnica incorrecta de la alimentación al seno materno.

En su mayoría las pacientes son adolescentes con las que la orientación a la lactancia materna tiene que tener más énfasis, ya que tienen una problemática diferente por su situación particular que para fines de esta investigación no se contemplaron; aunado a condiciones extras como el alto índice de pacientes con estado civil de soltera y de unión libre con lo que la alimentación al seno materno tiende a fracasar por factores múltiples, como el apoyo de la pareja, la desintegración familiar y la ocupación, aún que la muestra contó con un alto índice de pacientes que se dedican al hogar estas no atienden adecuadamente a la práctica de la lactancia materna, esto lo correlacionamos con la etapa en la cual deciden ablactar al recién nacido y con el motivo por el cual deciden abandonar la lactancia materna que en primer lugar es la iniciativa propia que se da por desconocimiento de todos los beneficios de la lactancia materna y esto es por la orientación que reciben dentro de la Institución Hospitalaria y la información que reciben en su hogar; aunque contamos con una población encuestada con un nivel educativo básico y medio superior, la zona de influencia del hospital es Urbano-rural por lo que las creencias y las costumbres suelen ser más importantes para la población.

Si bien es cierto que un alto porcentaje de las pacientes que refirieron que al inicio de la alimentación al seno materno no presentaron problema alguno y que durante el amamantamiento en el hogar no aparecieron complicaciones, también es cierto que las complicaciones más importantes no tienen una aparición inmediata, ya que el ablactar a temprana edad favorece la aparición en la niñez o adolescencia de problemas como las alergias, el embarazo con un periodo intergenésico corto con el consecuente de alimentar al primero con sucedáneos y por ende el trastorno de la economía, además el desconocimiento de los beneficios dentro de los factores psicológicos en el niño que es lactado al pecho, tienen un impacto en la sociedad actual que no es cuantificable, pero sin embargo, si es prevenible con la correcta orientación sobre estos apartados y no solo el conocimiento de cómo se debe colocar y como hacer para que la producción de leche

## 10. RECOMENDACIONES.

- Una de las recomendaciones más importantes para la investigación realizada, es el de llevar a cabo un programa extensivo a la comunidad sobre tópicos de la lactancia materna como lo es el de realizar grupos de apoyo a la lactancia materna, el de integrar un programa dentro del hospital en el cual la enfermera tuviera el tiempo adecuado para lograr transmitir la información en forma completa y con la profundidad que se merece la paciente.
- Que los grupos de apoyo a la lactancia materna tanto intra hospitalario como externos, busquen un espacio para fortalecer la alimentación al seno materno, en mujeres primigestas y principalmente a las adolescentes.
- El esfuerzo de la enfermera para lograr que la alimentación al seno materno sea un éxito no solo depende de ella, es un esfuerzo multidisciplinario por lo que la especialización en lactancia materna se hace evidente como un escalafón más en la profesionalización del personal de salud. Un profesional de salud que sea consultor en lactancia materna puede resolver el problema de manera concreta para el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" y cualquier Institución que tenga en sus manos la orientación a la alimentación al seno materno.
- Que se prepare a las futuras madres desde la consulta externa, en las consultas prenatales, sobre el amamantamiento y como prepararse para el mismo, su manejo, las condiciones que conducen a una buena lactancia, las dificultades más comunes y las formas de superarlas, se hace evidente crear un instrumento de control para que las madres antes de que sean atendidas de parto (de resolución vaginal o abdominal) se den a la tarea de asistir a algunas pláticas de orientación a la lactancia materna.

- Hay elementos que no se pueden controlar, contra estos no tenemos sugerencias, pero se hace del conocimiento general que la lactancia materna comienza en casa con las mujeres que ya han amamantado por lo que las mujeres que tienen experiencias satisfactorias favorecerán la lactancia materna y las que no hayan tenido una experiencia del todo satisfactoria tendrá en sus manos la responsabilidad de transmitir una información, de por si con problemas, obviamente aconsejaran un mal proyecto de lactancia materna.
- Es importante recordar que esta investigación no cuenta con algunos elementos que sería bueno retomar en otras investigaciones con el fin de fortalecer la orientación a la alimentación al seno materno y reducir el margen de error que la presente tiene.

## 11. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

### A

**Acinos:** (asinus) Pequeña dilatación sacular, particularmente en las distintas glándulas.

**Alojamiento conjunto:** Es la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto inmediato y permanente, así como la lactancia materna.

**Apego:** afición o inclinación.

**Alveolo:** (del Lat. Alveolus, dim. De alveus, cavidad). Acino de una glándula. Fondos de saco terminales de la ramificaciones bronquiales.

**Aminoácidos:** (de amino- y ácido) Ácido aminado; ácido orgánico que contiene los grupos amino, NH<sub>2</sub>, y carboxilo, COOH. Son los principales constituyentes de las proteínas, y de su gran diversidad, como del infinito número de sus combinaciones, resulta la enorme variedad de proteínas.

**Anastomótico:** Rama de la arteria braquial, que va al codo.

**Anastomosis:** (del Lat. Anastomosis, y éste del Gr. Anastomosis, embocadura). Comunicación entre dos vasos o nervios.

**Antisepsia:** (del Anti- y el Gr. Sepsis, podredumbre). Conjunto de procedimientos y práctica destinados a impedir la colonización o destruir los gérmenes patógenos. En especial por medio de agentes químicos.

**Asepsia:** (de a- y el Gr. Sepsis, podredumbre). Ausencia de materia séptica; estado libre de infección.

## C

**Calostro:** (del Lat. Colostra). El primer líquido secretado por la glándula mamaria antes o después del parto. Contiene menos caseína y más albúmina que la leche ordinaria y numerosos leucocitos cargados de grasa, corpúsculos del calostro.

**Cándida albicans:** Género de hongos semejantes a levaduras. La especie *C. Albicans* es causa de moniliasis o candidiasis cutaneomucosas.

**Colesterol:** El más importante esteroide animal. Se encuentra en el plasma sanguíneo en una porción de unos 2 g % de los cuales el 70 % se halla esterificado con ácidos grasos y unido a proteínas. En la piel es el precursor del dehidocolesterol, precursor a su vez de la vitamina D.

**Congestión:** (del Lat. Congestio, -onis). Acumulación excesiva o anormal de sangre en los vasos de una parte.

## D

**Destete:** Cesación de la lactancia materna para nutrir al niño con nuevos alimentos.

## E

**Electrolito:** (de electro- y el Gr. Lytos, cosa disuelta). Elemento o sustancia susceptible de ser descompuesta por electrólisis.

**Estimulación:** (del Lat. Stimulatio, -onis). Excitación de la actividad funcional; efecto de esta excitación.

**Estradiol:** Esteroide estrógeno, dihidrociestrtrieno, aislado del líquido de los folículos del ovario de cerda, orina de embarazadas y preparado semisintéticamente por hidrogenación de la estroma.

**Estrógeno:** (de esto y el Gr. Guennan, producir). Término general para las sustancias productoras de esto.

## G

**Galactoforo:** (de galacto- y el Gr. Phoros, que lleva). Que lleva o transporta leche, como los conductos excretorios de las glándulas mamarias.

**Glucocorticoides:** (de gluco-, del Lat. Cortex, -icis, corteza, y el Gr. Eidos, aspecto). Grupo de esteroides aislados de la corteza suprarrenal, que intervienen en el metabolismo de los glúcidos aumentando la formación de glucosa y glicógeno a partir de los prótidos y lípidos.

**Grieta:** (del Lat. Crieta, y éste del Lat. Vulgar crepta, contracc. De crepita, crepitar, reventar). Pequeña hendidura longitudinal poco profunda, más o menos dolorosa, de la epidermis y porción superficial de la dermis. Del pezón excoriación lineal superficial en el pezón, muy dolorosa, que aparece en los primeros días de la lactancia y que puede ser causa de mastitis.

## H

**Hipertrofia:** (de hiper- y el Gr. Torpe, nutrición). Desarrollo exagerado de los elementos anatómicos de una parte u órgano sin alteración de la estructura de los mismos, que da por resultado el aumento de peso y volumen del órgano.

**Hipotálamo:** Porción del diencefalo que forma el suelo y parte de la pared lateral del tercer ventrículo; comprende el quiasma óptico, los cuerpos mamilares, el tuber cinéreo, infundíbulo e hipófisis. Ejerce el control de las actividades viscerales, equilibrio hídrico, temperatura corporal entre otras.

## I

**Inositol:** Sustancia de forma empírica igual a la glucosa que se encuentra en casi todos los tejidos vegetales y animales.

**Interferón:** Proteína producida por las células parasitadas por un virus y que las hace resistentes a un amplio espectro de invasiones víricas.



**Ipsilateral:** (del Lat. *Ipse*, el mismo, y *latus*, -eris, lado). Situado o que ocurre en el mismo lado; dicese generalmente de los síntomas que aparecen en el mismo lado de la lesión cerebral que los provoca.

## L

**Lactobacilo:** Género de microorganismos de la tribu de las lactobaciláceas, orden eubacteriales, algunos de ellos patógenos aunque la mayoría no lo son.

**Lactosa:** (del Lat. *Lactosa*, lechosa). Azúcar de leche.  $C_{12}H_{22}O_{11} + 2H_2O$ ; disacárido cristalino que existe en la leche y en ciertas semillas. Por hidrólisis se desdobra en sus componentes galactosa y glucosa.

**Leche:** (del Lat. *Lac*, *lactis*). Líquido secretado por las glándulas mamarias después del parto, que constituye el primer alimento del recién nacido. Consta de caseína, lactosa, grasas, sales y agua en distintas porciones, según la especie animal.

**Linfa:** (del Lat. *Lympha*). Líquido claro, transparente, alcalino, amarillo pálido u opalescente, de sabor salado, que llena los vasos linfáticos. La linfa se coagula como la sangre y, como esta, se halla constituida por agua, albúmina, fibrina y sales, pero en porciones muy diferentes, en especial la albúmina, que existe en menor cantidad. Contiene leucocitos y en particular linfocitos, corpúsculos de grasa accidentalmente hematíes.

**Lipasa:** Enzima que hidroliza los triésteres del glicerol. La más importante de las orgánicas está contenida en el jugo pancreático.

**Lisozima:** Término de Fleming para una enzima lítica existente en las lagrimas, moco nasal y en la mayoría de los tejidos y secreciones, antibiótico natural, inhibidor por lisis, del desarrollo de numerosas bacterias patógenas.

**Lobulillo:** Lóbulo pequeño o subdivisión de un lóbulo; cada una de las agrupaciones de elementos anatómicos, de ácinos o unidades de un órgano cuya reunión constituye el parénquima, como los del hígado, timo, pulmón, riñón, testículo, páncreas, etc.

**Lúteo:** (del Lat. *Luteus*, amarillo) Cuerpo lúteo.

## M

**Mortalidad:** (del Lat. Mortalitas, -atis). Calidad de mortal. Número proporcional de muertes en una población y tiempos determinados.

## N

**Neonato:** Recién nacido.

## O

**Osteoblasto:** (de osteo- y el Gr. Blastos, germen). Célula productora de tejido óseo, contenida en las lagunas microscópicas óseas llamadas también osteoplastos.

**Osteoporosis:** (de osteo- y Gr. Poros, poro, paso). Formación de espacios anormales en el hueso o rarefacción del mismo sin descalcificación, por la aplicación de sus conductos.

**Oxitocina:** Una de las dos hormonas formadas por las células del hipotálamo y acumulada en el lóbulo posterior de la hipófisis (la otra es la vasopresina); estimula las contracciones uterinas.

## P

**Papila:** (del Lat. Papilla, pezón de la teta). Elevación pequeña, cónica, de la dermis principalmente o de otra parte.

**Parénquima:** (del Gr. Parechyma, sustancia de los órganos). Elemento esencial específico o funcional de un órgano, generalmente glandular, en la distinción del estroma o tejido intersticial.

**Perianal:** (de peri- y anal). Situado o que ocurre en los márgenes del ano.

**Pezón:** (del Lat. Pecciolus, con el suf. ón). Eminencia cónica o cilíndrica, carnosa. Eréctil, de color rojo o pardo, situada en el centro de la mama y en la que se abren los conductos galactóforos.

**Plexo:** (del Lat. Plexus, tejido, entrelazado). Red o entrecruzamiento intrincado, especialmente de venas o nervios.

**Prenatal:** que existe o se produce antes del nacimiento, sin implicar la idea herencia.

**Progestágeno:** Término para las sustancias que poseen actividades progestacional.

**Prolactina:** hormona de la porción anterior de la hipófisis, que estimula la secreción láctea: galactina o mamotropina.

**Puérpera:** (del Lat. Puérpera; de puer, niño, y parere, parir). Mujer en el puerperio o recién parida.

**Puerperio:** (del Lat. Puerperium). Sobreparto, periodo que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado ordinario anterior a la gestación.

## T

**Taurina:** Ácido amidoestilsulfónico; sustancia, en cristales incoloros y solubles de la bilis, producto de la descomposición del ácido taurocólico. Se encuentra en pequeñas cantidades en los músculos y pulmones.

## 12. BIBLIOGRAFIA.

1. AGENDA LABORAL 2001 ( LEY GENERAL DE TRABAJO).
2. AMIR L, Hoover K, Mulford C. "CANDIDIASIS & BREASTFEEDING (UNIT 18)." Lactation Consultant Series. New York: Avery Publishing Group, 1995.
3. BAUMSLAG N, Michels DL. A WOMAN'S GUIDE TO YEAST INFECTIONS. New York: Pocket Books, 1992.
4. BALSEIRO, Lasty. INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. Ed. Acuario. México, D.F. 1991 225 p.p.
5. BENZO, Louise. MANUAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Ed. Interamericana 9na. Ed. México, D.F. 1995. 836 p.p.
6. CARRILLO, Amado. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE UNA INSTITUCIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD ANTE LA LACTANCIA MATERNA. Memorias del IV Seminario Interinstitucional de Investigación en México (Noviembre 1987). Universidad Nacional Autónoma de México, 1988.
7. CASTO DT. "MANY SUITABLE ANTIFUNGAL AGENTS EXIST FOR TREATING THRUSH IN CHILDREN." Infectious Diseases in Children 8(5): 22, 34, May 1995.
8. CROOK W. THE YEAST CONNECTION AND THE WOMAN. JACKSON, Tennessee: Professional Books, 1995.
9. DIDONA, Nancy A. ENFERMERÍA MATERNAL. Ed. Interamericana. México D.F. 1998. 494 p.p.
10. FERRAEZ DE LEE, Martha A. LACTANCIA MATERNA. Ed. Interamericana. México, D.F. 1998. 180 p.p.
11. FERNÁNDEZ. de Castillo, Isabel, LACTANCIA MATERNA. Manual para profesionales. Royal College of Midwives 1ª Edición 1988. Editorial EDAF 1994.
12. HALE TW. MEDICATIONS AND MOTHER'S MILK, 5th edition. Amarillo, Texas: Pharmasoft Medical Publishing, 1996.
13. HELSING, Elizabet, et all, "GUÍA PRACTICA PARA UNA BUENA LACTANCIA", Editorial: Pax-México, 1988.

14. HUGGINS KE, & Billon SF. "TWENTY CASES OF PERSISTENT SORE NIPPLES." Journal of Human Lactation 9(3): 155-160, 1993.
15. HUGHES WT. "PERSISTENT THRUSH IN YOUNG INFANTS." The Pediatric Infectious Disease Journal 6(11): 1074-1075, 1987.
16. JELLIFFE, derrick b. "NUTRICIÓN INFANTIL EN PAÍSES EN DESARROLLO", Editorial: Limusa, 1989.
17. JOHNSTONE HA, & Marcinak JF. "CANDIDIASIS IN THE BREASTFEEDING MOTHER AND INFANT." JOGNN 19(2): 171-173, 1990.
18. JONES K. L. Gerhardt, LA REVOLUCIÓN DEL NACIMIENTO. En busca de un parto más humano y menos traumático. Capítulo "La lactancia", Editorial: Limusa, México 1999. P. 423.
19. LACERVA, víctor, "LACTANCIA MATERNA", Editorial: El Manual Moderno, 1983.
20. LAWRENCE, RA. BREASTFEEDING: A GUIDE FOR THE MEDICAL PROFESSION, 4th edition. Philadelphia: C. . Mosby Company. 264-265, 492.494, 1994.
21. MANUAL DE NORMAS. Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre del I.S.E.M Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada".
22. MENDOZA, Arestegui. GINECOBSTETRICIA. Ed. Manual Moderno. México. D.F. 1994. 335 p.p.
23. PERNOLL, M. Col., DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO GINECOBSTETRICOS. Ed. Manual Moderno, 7ª ed. México D.F. 1997. 1535 p.p.
24. SECRETARIA DE SALUD, Norma Oficial para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Diario Oficial 14 de Julio de 1995, México, D.F., 52 p.p.

#### HEMEROGRAFIA

1. AMIR L, Hoover, et. al. "Candida Albicans: is it associated with nipple pain in lactating women?" Gynecologic and Obstetric Investigation 41: 30-34, 1996.
2. El pecho no tiene horario. Información para el profesional sanitario. Tríptico de ACPAM.
3. CHARNOW JA. "Doctors face rising number of candida infections." Infectious Diseases in Children 7(10): 32, October 1994.

4. FERNÁNDEZ. de Castello, Isabel. Revista : "ROL" de Enfermería. Artículo: Lactancia materna. Volumen 11. Nº 161. Agosto 1999.
5. FERNÁNDEZ. de Castello, Isabel. Revista : "Investigación y Ciencia" Artículo : "Así protege la leche de la madre al recién nacido". Febrero 1996.
6. GRUSKAY, FL Edita Integral. La Gran Guía de la Composición de los Alimentos, "Comparaciones de Alimentar con Leche Materna, Vaca o Soja en la Prevención de Alergias". Clinical Jn, of Pediatrics 1986, 21:486.
7. KRUMMEL, DA, y PM Kris-Etherton. La Nutrición en la Salud de la Mujer, 1996, p. 241.
8. GUTHRIEM H. "Introducción a la Nutrición," 1989, p 497.
9. HARK, L. y G. Morrison. "Nutrición Médica y Enfermedad", 1996, p 409.
10. GERSTEIN, HC "La exposición a la leche de vaca y la diabetes melitus tipo 1" Cuidado de Diabetes", 1993, 17:13-19
11. Libreta de UNICEF, ¡Tomemos la iniciativa en pro de los niños! Hospitales, servicios de salud y familias promueven el amamantamiento en pro del bebé.
12. MESSINA, M. y V. Messina. Guía para Nutriólogos para una Dieta Vegetariana, 1996, p. 267.
13. NEIFERT, M. Arianne, C y col, "Nipple confusión: Toward a formal definition", The Journal of Pediatrics, vol. 126, núm. 6, pp. 125-129.
14. OMS/UNICEF, Declaración Conjunta; Protección, promoción y apoyo de la Lactancia Natural.
15. PEELOR, Martha, "Teaching standars: Breastfeeding", Mother baby journal, vol. 4, núm. 6, pp. 25-33.
16. PIATT JP, & Bergeson PS. "Gentian Violet toxicity." Clinical Pediatrics 756-57, December 1992.
17. POTTER JE. Mojarro O, Núñez L. "The influence of maternal health care on the prevalence and duration of breast feeding in rural areas in Mexico". Studies in Family Planning 1987; 18(6): 309-319.
18. Publicadas y reconocidas por la OMS en la Conferencia Internacional de Fortaleza del 22 al 26 de Abril 1985.
19. RABAGO A, Mendoza D. Patterns and determinants of breast-feeding and contraceptive use in Mexico. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1985. Manuscrito.
20. RAMÍREZ Romero, Omar, "Mi bebé y yo" nº 55. Diciembre 1996.
21. Recomendaciones generales de la OMS sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé.

22. ROSA C, et. al. "Yeast from human milk collected in Rio de Janeiro, Brazil." Rev Microbiol 21(4): 361.63, 1990.
23. TANGUAY KE, Mc Bean MR, & Jain E. "Nipple candidiasis among breastfeeding mothers." Canadian Family Physician 40: 1407-1413, 1994.
24. Tú también puedes amamantar y trabajar. Tríptico de ACPAM.
25. Usted defiende la lactancia materna. La ley está de su parte. Tríptico de ACPAM.
26. VANDALE S. Factores sociales y culturales que influyen en la alimentación del lactante menor en el medio urbano. Salud Publica Méx. 1978; 20(2):215-230.
27. VANDALE Toney, Susan. Et Al; Programa De Promoción De La Lactancia Materna En El Hospital General De México: Un Estudio Evaluativo, Salud Publica De México, Enero-Febrero De 1992, Vol.34, No.1
28. YSUNZA O, Pérez Gil SE. Conducta de la lactancia en el medio urbano de México. Cuadernos de Nutrición (CONASUPO-México) 1979;4:32-51.
29. YSUNZA O. Consideraciones Biosociales De La Lactancia. Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán. 1987; núm. L-55.

PAGINAS WEB, DIRECCIONES ELECTRONICAS DE INTERNET

1. PROGRAMA DE PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA Vol.34 No.1  
<http://www.insp.mx/salud/34/341-4s.html>.
2. LACTANCIA MATERNA, DESTETE Y ABLACTACIÓN: UNA ENCUESTA EN COMUNIDADES RURALES DE MÉXICO Vol.39 No.5  
3. <http://www.insp.mx/salud/39/395-3.html>.
4. COMENTARIOS RSPM, Diciembre 1997, <http://www.insp.mx/salud/com/dic97.html>.
5. LA ALIMENTACION INFANTIL EN MEXICO Y SU RELACION CON LA UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD MATERNA Vol.34 No.6;  
<http://www.insp.mx/salud/34/346-10s.html>.
6. LACTANCIA Y CUIDADO DE LOS HIJOS: ESTUDIO DE CASOS EN DOS ZONAS RURALES DE MÉXICO, Vol.35 No.6; <http://www.insp.mx/salud/35/356-21s.html>.
7. LOS SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA EN LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA DURANTE 1990 Vol.35 No.6; <http://www.insp.mx/salud/35/356-22s.html>.
8. VARIABLES ASOCIADAS A PATRONES DE LACTANCIA EN TIJUANA, MÉXICO Vol.36 No.2; <http://www.insp.mx/salud/36/362-6s.html>.
9. LA AMENORREA DE LA LACTANCIA COMO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR Vol.38 No.1; <http://www.insp.mx/salud/38/381-8s.html>.
10. COMPOSICION DE PROTEINAS DE LOS SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA MAS UTILIZADOS Y SU REGULACION SANITARIA Vol.38 No.4;  
<http://www.insp.mx/salud/38/384-6.html>.
11. COMPOSICIÓN DE PROTEÍNAS DE LOS SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA MÁS UTILIZADOS Y SU REGULACIÓN SANITARIA Vol.38 No.4;  
<http://www.insp.mx/salud/38/384-7s.html>.
12. ALOJAMIENTO CONJUNTO MADRE-HIJO Y LACTANCIA HUMANA EXCLUSIVA Vol.39 No.2; <http://www.insp.mx/salud/39/392-3s.html>.
13. AVANCES RECIENTES EN ANTICONCEPCION Y PLANIFICACION FAMILIAR Vol.34 No.1; <http://www.insp.mx/salud/34/341-2s.html>.



14. PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA EPIDEMIOLOGIA Vol.36 No.5;  
<http://www.insp.mx/salud/36/365-1s.html>.
15. ANEMIA EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA PROBABILISTICA Vol.37 No.2; <http://www.insp.mx/salud/37/372-2s.html>.
16. ALOJAMIENTO CONJUNTO MADRE-HIJO E INICIO DE AMAMANTAMIENTO, EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN Vol.37 No.5;  
<http://www.insp.mx/salud/37/375-6s.html>.
17. MUERTE POR DIARREA AGUDA EN NIÑOS: UN ESTUDIO DE FACTORES PRONÓSTICOS Vol.38 No.4; <http://www.insp.mx/salud/38/384-1.html>.
18. Alejandro Escalante, Nutrición y desarrollo psicomotor; Revista Salud Publica de México, Vol.40 No.2. <http://www.insp.mx/salud/40/402-2.html>.
19. Ventajas del nacimiento en el agua, [www.primal.es/agua.htm](http://www.primal.es/agua.htm).
20. Artículos sobre la Infancia, [www.primal.es/infancia.htm](http://www.primal.es/infancia.htm). El poder curativo del llanto en los niños@s-bebés.
21. Alesandra, Un bebé que ha tomado sólo leche materna hasta los ocho meses ... y sigue; [www.primal.es/alesandra.htm](http://www.primal.es/alesandra.htm), [www.primal.es/mama.htm](http://www.primal.es/mama.htm).
22. Mímo, Naturales para Bebés; [www.primal.es/mimo.htm](http://www.primal.es/mimo.htm).
23. Infomedic; [www.Bordemall.net.mx/infomedic/temasde.htm](http://www.Bordemall.net.mx/infomedic/temasde.htm).
24. Milk-Science [milksci.unizar.es/index.htm](http://milksci.unizar.es/index.htm) Artículo "Proteínas de la leche con funciones defensivas por Miguel Calvo-Lourdes Sánchez y María Dolores Pérez
25. <http://www.lalchhelcague.org>
26. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/posparto.htm>
27. <http://www.geocities.com/Heartland/prairie/2111/toc.htm>
28. <http://yabiru.fmed.uba.ar/mspba/ibfarg/>
29. <http://www.insp.mx/salud/>
30. [http://www.aed.org/lactancia\\_materna/amarillo.pdf](http://www.aed.org/lactancia_materna/amarillo.pdf)
31. <http://www.mipediatra.com.mx/infantil/la-leche.htm>
32. <http://www.prlacta.org/breastfeeding/breastfeedingspan.htm>
33. <http://www.arrakis.es/~mlaser/>
34. <http://www.unaids.org/highband/document/mother-to-child/alimentacion.html>

35. <http://www.fmed.uba.ar/mspba/drogaslm.htm>
36. <http://www.greatstar.com/lois/bfh.html>
37. [http://semanasalud.ua.es/semana\\_3/lac\\_ss3.htm](http://semanasalud.ua.es/semana_3/lac_ss3.htm), **LEGISLACIÓN**
38. <http://www.salud-sonora.gob.mx/hics/lacma1.htm>
39. <http://www.bariloche.com.ar/lactancia>
40. <http://www.fmed.uba.ar/mspba/manulac/>
41. <http://lactanciahoy.com/fuentes/articulos/>
42. <http://www.primal.es/agua.htm>
43. <http://www.primal.es/infancia.htm>
44. <http://www.primal.es/alsandra.htm>
45. <http://www.primal.es/mama.htm>
46. <http://www.primal.es/mimo.htm>
47. <http://www.greatstar.com/lois/bfh.html>
48. [http://www.insp.mx/salud/42/422\\_4.pdf](http://www.insp.mx/salud/42/422_4.pdf), 422\_4.pdf;
49. <http://www.insp.mx/salud/39/176.pdf>;
50. <http://www.insp.mx/salud/agenda.pdf>,
51. <http://www.insp.mx/salud/catalogo.pdf>;

#### AUTORES ENTREVISTADOS

Reyes Vázquez, Horacio y Domingo Gamboa Marrufo, José. ¿Qué sucede cuando una madre quiere amamantar a su niño y no tiene suficiente leche? Miembro de la Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México.

13. ANEXOS.

**CEDULA**

**ROBPESLM**

La aplicación de la presente encuesta tiene como objetivo conocer cual es la repercusión de la orientación brindada por el personal de enfermería sobre lactancia materna, por lo cual se solicita a la participante proporcionar respuestas fidedignas asegurándole que la información obtenida será confidencial.

Si desea participar en esta investigación:

\_\_\_\_\_

FIRMA

1. Ficha de identificación:

FOLIO:	Edad:	Sexo:	Nivel de educación:	Religión:	Estado civil:	Ocupación:	Organización familiar:

Antecedentes ginecobstetricos:			
Gestas: _____	Paras: _____	Abortos: _____	Cesáreas: _____
Duración del ultimo embarazo: _____			
Periodo de lactancia, cuantos meses: _____			

2. En que momento recibió orientación sobre la lactancia materna  
hogar  
hospital  
Ambos  
ninguno

3. En que servicios dentro del hospital recibió orientación a la lactancia materna la ultima vez:  
labor  
recuperación  
hospitalización  
ninguno

4. Quien le proporciono la orientación.  
Enfermera  
Médico  
Trabajador social  
Otro

5. Como la considero en ese momento  
 Buena  
 Regular  
 Mala  
 No me intereso
6. Que tipo de recomendaciones le aportaron, que no conocía:  
 Beneficios de la lactancia.  
 Posiciones adecuadas.  
 Masajes para mejorar la bajada de la leche.  
 Todas las anteriores
7. Cuantas personas le proporcionaron orientación en el hospital y cuantas en el hogar  
 Ninguna  
 1 a 3  
 4 ó más

8. En que momento se inició la lactancia materna

Lugar	Tiempo promedio
en la sala de expulsión	- 30 min.
en recuperación	+ 30 min.
en hospitalización	+/- 2 hr.
en su domicilio	1er día.

9. Que tipo de problemas presento  
 Poca leche  
 Posiciones incomodas  
 Tiempo de la tetada  
 Otro

En el hogar

10. Si suspendió la lactancia materna quien la motivo a dejarla:  
 La familia.  
 La pareja  
 Iniciativa propia  
 Otro
11. Si continua con la lactancia materna que complicaciones tiene actualmente:  
 Grietas y dolor  
 Tiempo insuficiente  
 La pareja  
 Otro

12. En que mes de edad del recién nacido inicio la alimentación complementaria a la leche materna:  
2 a 3 meses  
4 a 6 meses  
7 a 12 meses
13. De quien recibe en la actualidad mayor adiestramiento sobre la lactancia  
Médico  
Enfermera  
Familiares
14. Que participación tiene su pareja en la lactancia materna  
activa  
poco activa  
indiferente
15. Consideras que la lactancia materna ocasiona daños a tu figura:  
Siempre  
La mayoría de las veces  
En ningún momento
16. Crees que la lactancia materna origina beneficios en:  
solo al bebe  
el bebe y la madre  
la sociedad y la economía  
en todos
17. Cree que el personal de salud le debe orientar en el hogar sobre aspectos de la lactancia materna que no comprende.  
Siempre  
La mayoría de las veces  
Algunas veces  
En ningún momento