

11226
87

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

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



APLICACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA POR
LAS MADRES DERECHOHABIENTES DE LA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
DEL ISSSTE EN DURANGO, DURANGO

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

DRA. TERESITA SALAZAR HERNÁNDEZ

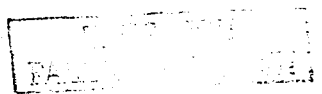


Autorizo a la dirección de este departamento de la
UNAM a difundir en Internet, para fines académicos el
contenido de este trabajo de investigación.
NOMBRE: Teresita Salazar Hernández

FECHA: 16 de Oct. 2003
FIRMA: [Signature] P.A. Durango, Durango, Gto.

DURANGO, DGO

1996



a
2003



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.


**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACIÓN DISCONTINUA

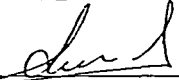
**APLICACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA POR
LAS MADRES DERECHOHABIENTES DE LA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
DEL ISSSTE EN DURANGO, DURANGO**

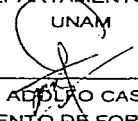
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

**DRA. TERESITA SALAZAR HERNANDEZ
AUTORIZACIONES.**

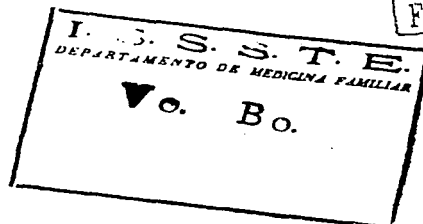

DRA. MA. DEL CARMEN DE LA ROSA DOMINGUEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL
ISSSTE EN DURANGO, DGO.


DRA. SUSANA E. VAZQUEZ SIMENTAL
ASESOR DE TESIS EN DURANGO


Dr. ARAELIAR MEMBRILLO LUNA
ASESORA DE TESIS DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM


Dr. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS
HUMANOS PARA LA SALUD
COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO EDUCATIVO
ISSSTE

DURANGO, DGO



1996

**APLICACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA
POR LAS MADRES DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL ISSSTE EN DURANGO, DURANGO**

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

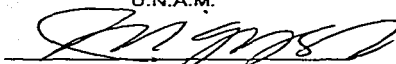
PRESENTA:

DRA. TERESITA SALAZAR HERNANDEZ

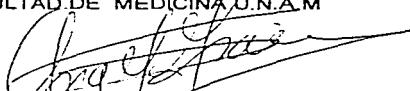
AUTORIZACIONES.



**Dr. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M**



**Dr. ANGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**LEYES CON
FALLA EN EL**

TÍTULO

TRABAJOS CON
FALLA EN EL TIEMPO

**ACEPTACIÓN Y APLICACIÓN DE LA LACTANCIA
MATERNA POR LAS MADRES DERECHOHABIENTES DE
LA CLINICA DE MEDICNA FAMILAIR DEL ISSSTE EN
DURANGO, DURANGO**

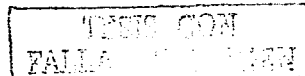
TRABAJO CON
VALOR ACADÉMICO

INDICE

Pág.

I

Título	4
Índice general.	5
JUSTIFICACIÓN.	6
Marco teórico	7
Embarazo y Lactancia.	
□ inicio de la secreción láctea: prolactina	
□ Condiciones Nutricionales durante la lactancia.	
□ Composición de la leche.	
□ Características generales de la leche materna.	
□ Definición de lactancia materna.	
□ Aspecto Psicológico de la lactancia.	
□ Planteamiento del Problema.	30
□ Objetivos	31
□ General	
□ Específico	
Metodología.	32
□ Tipo de estudio	
□ Población, lugar y tiempo de estudio	
□ Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
□ Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
□ Información a recolectar. Variables de medición	
□ Métodos o procedimiento para captar la información	
□ Consideraciones éticas	
Resultados.	38
□ Descripción de resultados	
□ Cuadros y gráficas.	40
Discusión de los resultados encontrados	
Conclusiones.	53
Referencias bibliográficas	54
Anexos	61



JUSTIFICACIÓN

TRABAJOS CON
FALLA DE EQUIPO

JUSTIFICACIÓN

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

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

La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial, es manifiesta por enfermedades diarreicas.

En México como un país subdesarrollado el riesgo de morir antes del primer año de vida de los niños alimentados artificiales es aún mayor, por lo que las Instituciones Gubernamentales de Salud han iniciado una serie de acciones encaminadas al fomento de la lactancia materna y habitación conjunta que incluye educación a la población en general sobre las ventajas de ésta; sensibilización al personal del sector salud para un mejor cumplimiento ya que inclusive se han hecho reformas a la Ley General de Salud artículo 64 que indica específicamente: "En la organización y operación de los servicios de salud establecerá el

TRABAJE CON
FALLA DE ORIGEN

fomento a la lactancia materna" la realización del presente documento, servirá para evaluar si en la Clínica de Medicina Familiar se llevan a efecto y el impacto en la atención Materno-Infantil, para que en base a ello, rediseñar estrategias para cubrir los rubros de oportunidades perdidas y mediante ésta evaluación inicial tenemos un parámetro para posteriores evaluaciones sobre el mismo problema.

Tenemos presente que la LACTANCIA MATERNA ofrece grandes beneficios a l niño, a la madre, la sociedad, a la familia y a la naturaleza.

INFORMACION
FALLA EN COMPLETAR

360

MARCO TEÓRICO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES
FACULTAD DE INGENIERIA

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES GENERALES

I.-REPORTES DE OTROS ESTUDIOS

J.C. Martínez y col. Realizaron un estudio en el hospital Pediátrico Martires de Tunes, con 180 niños, para conocer la aplicación de lactancia materna exclusiva y determinar el estudio de desnutrición encontrando:

Edad en meses	% de aceptación
0	95
1	98
2	76
3	79
4	73
5	89
6	76
7	95 (1)

Claudia Caballero Toves de Bogota Colombia ,realizó un estudio a partir de una muestra de 200 madres, se estudiaron los factores que influyen en la lactancia materna exitosa, en el cual 92% de las madres de 36 años y 89 % de las madres con 3 hijos o más presentaban un inadecuado conocimiento sobre lactancia materna.

En este estudio la incidencia de LM hasta 6 meses fue 21.7%.(2)

En un estudio realizado en carolina del norte por Kaiser Permanent-Investigación(1994/1995) donde se buscó ¿ que sabemos sobre niños que amamantan VS niños que toman biberón.

Obteniendo los siguientes resultados:

200 niños alimentados con biberón y 70 amamantados.(3)

Kramer M.S y col. en Jamaica Evaluaron en el año 2001 la efectividad de un programa de promoción de lactancia materna, en 31 centros participantes, que incluyen 17,046 parejas madre-hijo siendo los resultados:

El grupo donde se llevo el programa tuvo un prevalecía de aplicación del 72% en comparación con el grupo control con 60% .



En cuanto a la prevalencia de lactancia materna exclusiva, fue 43% versus 6% a los 3 meses; 7.9% versus 0.6 a los 6 meses.(4).

En un estudio realizado en Barcelona, sobre lactancia materna, se reporta que existe una lenta recuperación de la prevalencia de la lactancia materna (60-80%) al alta hospitalaria,(25-43%) a los 3 meses y (4-7%) a los 6 meses.(5)

En Miami Florida, del 7 de agosto del 2001 se reporta que las mamás latinas ; según una encuesta realizada por el sitio para futuros nuevos padres:

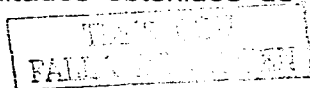
Todo bebe, el 7 de agosto se encontró que el 78% de las mamás de habla hispana optó por la lactancia materna, la mayoría 63% dejo de dar pecho a los 6 meses.(6)

La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud llevada a cabo en 1987 en diferentes Ciudades de nuestro País reveló algunos puntos interesantes:

- Después de los 30 años de edad Materna, la tendencia a dar pecho disminuye.
- El grado de escolaridad Materna va en relación inversa con la aceptación de la lactancia natural.
- Cuando la madre tiene a su hijo por vía natural, la aceptación a la lactancia es mucho mayor que cuando el nacimiento es por cesárea.
- Cuando el personal médico es quien atiende el parto, menos promoción recibe la lactancia.
- Entre las razones más frecuentemente mencionadas para abandono de la lactancia se encontraron: nunca tuvo leche, el Niño la rechazó.

Cuando el Nacimiento ocurre en una Institución de Salud, la lactancia materna es menos promovida.(7)

Rafael Pérez en su artículo publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, hace una síntesis de los datos publicados e inéditos sobre lactancia materna, recopilados entre 1958 y 1987, en él se menciona la comparación de resultados obtenidos de encuestas



realizadas en 15 países en desarrollo en la década de los 70, en las cuales México quedo en el ultimo lugar (78%) en término de porcentaje de madres que iniciaron la lactancia materna. Otro estudio que compara las encuestas nacionales efectuadas en 1987 en 25 países en desarrollo también reporta a México en el último lugar (83%) en lo que respecta a la tasa de inicio de la lactancia materna(8)

Las encuestas nacionales efectuadas en poblaciones rurales y urbanas entre 1976 y 1987, indicaron que el porcentaje de madres que amamantan oscila entre 78 – 83%. Dos encuestas mas recientes llevadas a cabo en 1979 y 1987 indican que la tasa de inicio fue mayor en zonas rurales que urbanas (8)

Los estudios comunitarios que se realizaron en zonas urbanas de México entre 1973 y 1987 revelaron tasa de inicio de lactancia materna entre 54 y 94%. En estudios similares efectuados en zonas rurales entre 1960 y 1988 las tasas varían de 73 a 99% (8)

En cuanto a la duración de la lactancia materna, encuestas nacionales entre 1976 y 1979 indican que a 6 meses del parto la lactancia materna tenia prevalencia de 50 a 52 %, otros estudios muestran prevalencia del 30 al 52% en 6 meses. En los 80s varió 12 a 49% ; en los 60s de un 62 a un 98%; en los decenios posteriores 47 a 99%. Este reporte indica que un 50% de los lactantes mexicanos no son amamantados después de los 6 meses (8).

En el estudio transversal realizado por pasantes de medicina en servicio social en 222 localidades rurales de México, mediante entrevistas estructuradas de 5,409 familias con niños menores de 1 año, se reporta que nunca recibieron lactancia materna entre el 7.6% hasta 21.4% dependiendo de la zona de estudio. Los que recibieron lactancia materna exclusiva o mixta hasta el tercer mes varía del 35.6% hasta 77.5%. En el segundo trimestre se ablactaron desde 40.9% hasta 67%. También se encontró que la falta de alimentación al seno materno se asoció con la atención médica del parto, madres con escolaridad mínima de primaria o con menos de 4 hijos(9).

En el reporte del estudio realizado por el Dr. Miguel A. Villacís y col. Para evaluar el impacto del programa " Hospital amigo del niño y de la madre" en el IMSS , con una muestra de 261 mediante cuestionario

realizado en una Unidad de Medicina Familiar en 89% y en un Hospital General de Zona el resto, se encontró que el nivel socioeconómico de las entrevistadas fue bueno en un 74% , amas de casa 48%, se practico un alojamiento conjunto en un 75%, se administro leche materna la primera hora de vida del niño, en el IMSS en 80% , fuera IMSS 50 % , el adiestramiento sobre alimentación al seno materno, en el IMSS es de 86%. Un 88% de las entrevistadas amantaron a sus hijos, con una mediana del tiempo de amamantamiento de 9 meses.(10).

Irene Santos, y col. Por su parte , buscando los hábitos de lactancia materna en colonias marginadas de Guadalajara, mediante estudio realizado en 1988 con una entrevista de 896 madres de colonias, encontró que la edad de la madre fluctuó entre 20 a 34 años en un 65%, el estado civil predominante fue el de las casadas y unión libre con un 91%, alfabetas 31%. La mitad de las mujeres estudiadas tenían entre 2 a 4 hijos. Un 69% proporcionó lactancia materna al nacer, posteriormente, en forma exclusiva lo hicieron 57% y mixta 11%. La aplicación de la lactancia materna exclusiva disminuyó hasta un 51% al primer mes, 40% al tercer mes y 20% a los 6 meses.(11).

En el estudio de casos en dos zonas rurales de México, Sara Elena Pérez Gil y col.- estudiaron 35 mujeres de Malinalco, estado de México y 35 mujeres de la Sierra Juárez de Oaxaca, el estudio fue transversal, comparativo, prospectivo. Los resultados fueron: 33 mujeres de Malinalco y 31 de Oaxaca proporcionaron lactancia materna. El primer mes 55% de Malinalco y 90% de Oaxaca. De las mujeres estudiadas la mayoría trabajan fuera de casa y recurren a arreglos extradomésticos para el cuidado de los hijos. El 50% de Malinalco y 75% de Oaxaca continuaron amamantando hasta el 4to mes.(12)

Ignacio E.Cisneros, reporta que la prevalencia del amamantamiento en México en su forma de inicio varía 73 hasta 99%, siendo lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses en un 33% y variando su duración de aplicación hasta los 14 meses, en su artículo que habla sobre la practica del alojamiento conjunto, haciendo un reporte de los hospitales involucrados en éste programa.(13).

Las tendencias de lactancia materna en Cuba y las Americas, las da a conocer Manuel Amador y col. Resultados obtenidos de un grupo de la

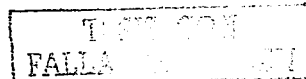


lactancia materna, realizado en la década de los 70 y a partir de los datos recopilados para la OMS y publicadas por la División de Salud Familiar, comparados con los datos correspondientes al estudio realizado en Cuba, arrojando los siguientes resultados : las Encuestas Nacionales entre 1973 y 1979 muestran que la lactancia materna es superior al 90%. En la mitad de los países la deserción es al tercer mes, siendo mas alto en Cuba, Venezuela y Jamaica. (14)

En el estudio "Factores Maternos, Asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara , México por Ma. Gpe. Vega López, se seleccionaron niños nacidos entre mayo del 90 hasta abril de 91, mediante muestras probabilísticas, multietápicas , con 141 madres, mediante cuestionarios de 33 preguntas, cuyos resultados reportan como factores de riesgo asociados con el destete precoz fueran la edad de la madre menor de 20 años, madres solteras y grupo no obrero. La duración de la aplicación de la lactancia materna menor de un mes fue 46%, un mes 14%, 2 meses 17%, 3 meses 10% Mas de cuatro meses 11% (15).

En el estudio de cohortes sobre Lactancia Exclusiva al seno materno; abandono e incidencia de enfermedades, realizado por Ma Cecilia Lara C y col. Clasifico en :el grupo A) madres decididas a dar lactancia al seno materno en forma exclusiva, grupo B) en niños alimentados con lactancia materna mixta o sucedáneos, realizados en el Hospital General de Zona y en la clínica de Medicina Familiar No.1 del IMSS, en Durango, Dgo. Siendo un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo, en el primer grupo se encontró un abandono temprano inferior a 4 meses. El número de niños estudiados fueron 32 en el grupo A y 25 en el grupo B , los motivos de abandono fueron: Anticoncepción oral, falta de información de la madre, mastitis y absceso mamario. (16)

En otro estudio sobre variables asociadas a prácticas alimenticias durante la lactancia en Tijuana, 2da Parte, por Rodolfo Leyva Pacheco y col. Se encontró que el 2% nunca recibió lactancia materna, el 20% de los que si recibieron fueron destetados antes de un mes y 61% antes de 3 meses. Las personas que dieron orientación nutricional fue por parte del médico y 42% de la enfermera. (17).



En la primera parte de este mismo estudio, realizado en 4 hospitales públicos de Tijuana, Baja California, México, de un total de 1964 nacidos vivos, se obtuvo una muestra aleatoria de 236 y se encontró que de 1 a 3 días recibieron lactancia materna exclusiva solo 14 niños, de 31 a 90 días 46 bebés y ninguno en mas de 91 días.(18)

En otro reporte realizado en Hermosillo, con una muestra de 145 madres, se encontró que la aplicación de lactancia materna exclusiva fue de 13.7% (19).

II.-EMBARAZO Y LACTANCIA.

En el momento de la fecundación, se inicia una serie de acontecimientos totalmente nuevos llamados gestación o embarazo y el huevo fecundado sigue su desarrollo hasta dar el feto a término.

Hacia la segunda semana de embarazo se inicia la producción de hormona lactógena de la placenta humana y su secreción aumenta hasta el noveno mes.

Esta misma hormona ejerce un efecto de tipo prolactico sobre las mamas y probablemente desempeñe un papel importante en el desarrollo de las mamas de la mujer antes del nacimiento del producto. (42)

Con mucho el crecimiento más importante del feto ocurre durante el ultimo trimestre del embarazo, cuando el peso del niño casi se duplica.

Desde el principio del embarazo el organismo materno almacena substancias que el feto requiere en el ultimo trimestre como son proteínas, calcio, fósforo y hierro, este almacenamiento ocurre en la placenta y en los depósitos usuales de la madre

Nunca es más evidente la influencia de la nutrición sobre la salud futura, que durante el período de desarrollo inicial de una criatura que en el vientre de su madre. (articulo de Coursin en Nutrition Today de marzo/abril de 1973

Las mamas empiezan a desarrollarse en la pubertad; Este desarrollo es estimulado por los estrógenos de los ciclos menstruales que



aceleran el desarrollo del estroma y del sistema de túbulos, además de facilitar el depósito de grasa que conforma su masa y da forma a estos órganos. Sin embargo cuando se produce un crecimiento considerable es durante el embarazo y sólo durante este estado se adapta el tejido glandular a la producción de leche.

Crecimiento del sistema de conductos; papel de los estrógenos

Durante todo el embarazo la gran cantidad de estrógeno que produce la placenta hace que crezca y se ramifiquen el sistema de conductos de la mama. Simultáneamente aumenta en cantidad el estroma de las mamas, y entonces se deposita en él grandes cantidades de grasas. (42)

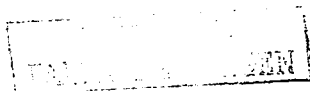
Desarrollo del sistema lobulillo-alveolar; papel de la progesterona

-La acción sinérgica de estrógeno y hormonas de crecimiento sólo permite el desarrollo en la mama de un sistema lobulillo-alveolar primitivo, junto con el crecimiento de los conductos; pero la acción simultánea de la progesterona significa crecimiento de los lobulillos, desarrollo de los alvéolos y aparición de características de secreción en las células de los mismos.

Se conoce que una nutrición adecuada en los primeros años de vida es determinante para el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños, así como para una vida saludable y productiva en su edad adulta. Por ello es importante vigilar el horizonte nutricional desde la mujer con vida sexual activa y en caso de ocurrir durante su embarazo, el crecimiento in útero del producto y a su nacimiento, así como el estado nutricional del binomio durante los primeros meses posteriores (comentario del Dr. José Ignacio Santos Preciado. Secretario Técnico). (39)

III.-INICIO DE LA SECRECIÓN LACTEA; PROLACTINA

Al final del embarazo, las mamas de la madre se encuentran en condiciones adecuadas para amamantar; mientras que no nace el niño, sólo se producen cada día unos cuantos mililitros de líquido. Este líquido se llama calostro y tiene prácticamente las mismas cantidades de proteína y lactosa que la leche, pero casi ninguna grasa. Su rapidez de producción es 100 veces menor que la de la leche.



Inmediatamente después del nacimiento la suspensión brusca de estrógenos y progesterona permite que la hipófisis anterior secrete grandes cantidades de prolactina ésta estimula la síntesis de grandes cantidades de grasa lactosa y caseína por las células de la glándula mamaria; al cabo de dos o tres días las mamas empiezan a secretar en abundancia leche en vez de calostro.(42)

Eyección " escurrimiento" de la leche; función de la oxitocina.-

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

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

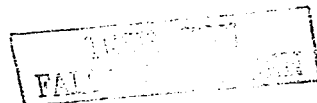
Cuando el niño chupa el pezón, se transmiten impulsos sensitivos a lo largo de los nervios somáticos, hacia la médula, y de ahí al hipotálamo, donde desencadenan la secreción de oxitocina y, en menor proporción, de vasopresina. Estas dos hormonas, la primera sobre todo llegan a las mamas por vía sanguínea, y provocan la contracción de las células mioepiteliales que rodean las superficies externas de los alvéolos; así es expulsada la leche de los alvéolos a los conductos. En unos 30 segundos a un minuto después que el niño empezó a chupar el pezón, empieza el flujo de leche. El proceso recibe el nombre de eyección láctea.

El estímulo de una mama desencadena secreción en ambas mamas.

Inhibición de la eyección de la Leche:

En la alimentación del recién nacido es importante el hecho de que muchos factores psicógenos, como la estimulación simpática generalizada en todo el cuerpo, puede inhibir la secreción de oxitocina, disminuyendo así la eyección de leche. Por esta razón , interesa que la madre tenga un puerperio sin molestias si se quiere que suministre al niño alimentación adecuada.

La secreción continua de la leche durante varios meses después del embarazo.



La secreción de leche materna por tetada varia en diferentes etapas:

1era Semana de 15 a 45 ml

1er mes de 50 a 120 ml

5to y 6to mes 120 a 210 ml que es lo máximo que se secreta. (36).

Si la leche no se extrae continuamente de la mama se pierde , en cosa de unas dos semanas la capacidad de secreción.

El estímulo que produce la secreción continua de prolactina es el chupar del pezón. La producción de leche puede continuar varios años si la madre sigue sometida a la succión pero la intensidad de secreción normalmente decrece mucho después de siete a nueve meses.(42)

IV.-CONDICIONES NUTRICIONALES DURANTE LA LACTANCIA

En la vida extrauterina el período de crecimiento más rápido en los humanos ocurre durante los primeros seis meses de vida.

La lactancia materna se reconoce como el mejor método de alimentación del bebé y puede ser la única alimentación del niño durante los primeros 4-6 meses de vida.

La excesiva ingesta de calorías durante la lactancia con la consecuente obesidad en la infancia y e la adultez pueden asociarse con la alimentación con biberón, la introducción temprana de alimentos sólidos y la ablactación temprana.

Alimentación al seno materno:

La lactancia materna un fenómeno biológico natural, los niños de hoy, de ayer y de siempre, han sido alimentados de está fuente con o sin consejos o indicaciones médicas(38).

Desde el primer tratado de pediatría publicado por el sueco Nils Rosén von Rosenstein se hace ver la importancia de la alimentación al seno materno. Este concepto prevalece hasta la actualidad ya que las características fisicoquímicas y su alto valor biológico la hacen ser el alimento ideal y de elección en la mayoría de los niños recién



nacidos siempre y cuando la madre este de acuerdo en proporcionarlo.(36)

Requerimientos energéticos y alimentación del niño:

Resumiendo los numerosos estudios e investigaciones que en diferentes épocas se han realizado con el objeto de precisar los mecanismos de pérdida energéticas que tiene normalmente el organismo infantil, podemos decir que se encuentran comprendidas en los siguientes cinco factores:

- 1) Metabolismo de base.
- 2) Actividad muscular.
- 3) Crecimiento.
- 4) Acción dinámico-específica
- 5) Alimentos no utilizados.

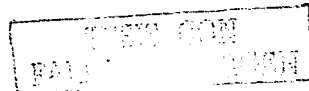
Es fundamental tener en cuenta la cantidad de los requerimientos energéticos, globales, expresado en cifras de calorías, sino que con mucha razón también la calidad de los alimentos que proporcionan el monto total calórico(37).

Leyes de la alimentación:

1.- Ley de la cantidad de alimentos.- El alimento debe ser suficiente calóricamente, es decir que él numera total de calorías que proporcione cubra los requerimientos energéticos del niño; lactantes de 2 a 6 meses; 100 a 115 Kcal. Por Kgr. de peso. De 6 a 18 meses de 90 a 100 Kcal. Por Kgr. de peso
R:N normales 110 a 130 Kcal por Kgr. de peso.

2. - Ley de la integridad. Deben intervenir en la alimentación del niño los diferentes elementos nutritivos indispensable para cubrir sus diversos requerimientos: metabolismo, crecimiento etc. , que su alimentación sea completa sin faltar: hidratos de carbono, proteínas, grasas, agua, sales, minerales y vitaminas.

3.-Ley del equilibrio. Considera que los elementos alimenticios consignados deben, además, ser suministrados en proporciones equilibradas, convenientes para satisfacer los diversos aspectos de las demandas nutricionales del niño.



4.-Ley de la adecuación de alimentos. Los alimentos que se proporcionan al niño deben de ser adecuados a sus capacidades digestivas, es decir, de consistencia líquida durante los primeros meses de edad, blandos de los ocho a los 18 meses, en tanto se integre la primera dentición.

5.-Ley de la pureza de los alimentos Debemos hacer énfasis en la pureza bacteriológica que deben tener los alimentos proporcionados a los niños especialmente a los lactantes, ya que los gérmenes patógenos alteran la calidad del alimento antes de su ingestión y favorecen las infecciones e intoxicaciones ya en el organismo mismo, una vez ingerido.(20,21,22).

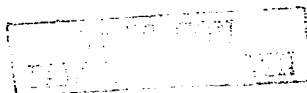
Basados en estudios sobre vaciamiento gástrico en lactantes que generalmente, pero no siempre, es de dos horas a dos horas y media, los pediatras parecían estar de acuerdo en las últimas décadas, en recomendar un horario estricto de tres horas, entre una tetada y otra y un tiempo de duración de 10 a 15 minutos como máximo en cada tetada.

En resumen puede decirse que la alimentación del niño debe ser: suficiente, completa, equilibrada y bacteriológicamente pura "requisitos que cubre totalmente la leche materna".

V.-COMPOSICIÓN DE LA LECHE.

La leche es excepcionalmente compleja; hasta la fecha se conoce que contiene mas de 200 componentes y continuamente se identifican nuevos constituyentes.

La leche de diferentes especies varia en composición y volumen producido por unidad de tiempo en relación directa con el tamaño de sus camadas y las características de crecimiento de sus crías, la alta concentración de lactosa parece tener relación con el rápido crecimiento corporal y es satisfecho con bajo contenido en proteínas, lactosa y minerales



Particularmente existen diferencias importantes en la relación caseína /proteínas del suero y en la relación calcio /fósforo; ambos son mayores en la leche bovina que en la humana.

La bovina contiene además lactoglobulina, que no existe en la humana. La concentración de lactosa es significativamente mayor en esta última, mientras que la grasa es similar en ambas (20,21,22)

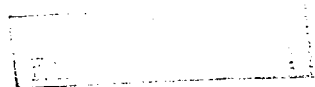
La leche materna tiene un promedio de 70 kcal por 100 ml. Existen diversos factores que pueden afectar la composición y el volumen de la leche; entre ellos se encuentran el estado de nutrición de la madre, etapa de la lactancia y la respuesta inmediata a la dieta

En un análisis fisicoquímico de la leche materna se puede comprobar que ésta es un líquido homogéneo, blanco azulado, tibio, opaco, de color característico, sabor dulce, con un pH de 6.8 a 6.9, con peso específico de 1,034 en la cual las grasas se encuentran finamente emulsionadas, mínimas proporciones de enzimas digestivas tipo tripsina y lipasa.

En el efecto de las etapas de la lactancia el calostro, secreción láctea temprana (primero al quinto día), es extremadamente rico en proteínas, principalmente IgA y en componentes celulares como macrófagos; su contenido en lactosa y lípidos es bajo (22-23-24)

El calostro representa la primera de estas etapas y, como es sabido, aparece en los últimos días del embarazo aumentando considerablemente en los días siguientes al parto. Contiene una gran cantidad de grasas, proteínas, sales minerales (Cl, K, Fe, Cu, y Ca) y vitaminas A, B1, B2 y C. Es pobre en nicina y vitamina K. (36).

Como se ha dicho, la leche materna es un alimento biológico de la mejor calidad nutricional. Contiene y resume los requisitos de alimentación; es decir es un alimento, en condiciones normales, calóricamente suficiente, completo, equilibrado, adecuado y estéril, que posee elementos nutritivos: proteínas, grasas e hidratos de la mejor calidad, vitaminas, sales minerales y agua. ¡No puede ser sustituido! y por esto también y deberá respetarse como alimento de elección en la mayoría de los niños sanos, hijos de madres igualmente sanas.



VI.-CARACTERISTICAS GENERALES DE LA LECHE MATERNA.

Estadios o etapas de la leche materna:

1.-Prelactostro; desde el tercer mes de gestación, la glándula mamaria produce una sustancia denominada precalostro, formada por un exudado del plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbumina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.

2.-Calostro; ya mencionado anteriormente.

3.-La leche temprana.-es la segregada durante las primeras semanas de la lactancia.

4.-La leche intermedia o madura.-comprende la secretada durante 2 a 6 meses.

5.-La leche tardía.-es la secretada a partir del séptimo mes.

Factores que modifican la composición de la leche materna:

A).- 1.-horario.-La leche materna es más abundante y rica en grasas, hidratos de carbono, proteínas y minerales durante las primeras horas del día que la secretada por la noche.

2.-Estado de Nutrición.-La leche de madres desnutridas tiene menos proteínas y valor calórico; sin embargo cubre los requerimientos del niño.

3.-Otros Estados.- Como las emociones, menstruación, nuevo embarazo y estados patológicos aún ligeros o pasajeros.(36)

B).-1.-estado de salud y nutricional de la madre.

2.-Edad del lactante.

3.-Diferencia entre las horas de un mismo día

4.-Según el momento de la tetada.



5.-La desnutrición de la madre ,le proporciona menos proteínas y valor calórico

6.-Otros; emociones, menstruación, nuevo embarazo, los estados patológicos de la madre.(38)

VII.-DEFINICIÓN DE LACTANCIA MATERNA:

-Se llama lactancia natural o materna, a la alimentación que esta constituida por leche de la propia madre del niño es decir leche humana.(38)

-La que no solo alimenta al lactante, sino que le proporciona la oportunidad de una intima relación física y afectiva con la madre que le proporciona al hijo seguridad y confianza.(40)

LA LACTANCIA MATERNA PUEDE SER:

I COMPLETA:

a)Exclusiva.-Es la alimentación con leche materna, sin agregar otro tipo de líquido o sólido con fin nutricional o no.

b) Sustancial o Casi Exclusiva.- Es la alimentación al Seno Materno, pero se le brinda agua o té entre las tetadas, o bien una vez al día un complemento alimenticio por necesidades de la madre(trabajo o enfermedad).

II PARCIAL O MIXTA:

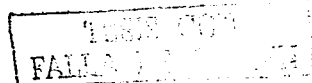
Alta cuando el 80 % de las tetadas son Seno Materno.

Media cuando se da seno materno entre el 20 % de tetadas.

Baja cuando se da seno materno en menos de 20% de las tetadas.

III LIBRE DEMANDA.

Es la alimentación que se brinda cada vez que el bebé lo solicita. Esto Es sin limite de horario sin excluir la alimentación nocturna



CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA: DE LA MADRE:

Generales:

Enfermedades infecciosas graves, agudas, como la tifoidea, neumonía, meningitis etc. O crónicas como la tuberculosis o la brucelosis.

Enfermedades cardiorrenales; cardiopatías descompensadas o evolutivas, nefropatías con insuficiencia renal.

Endocrinopatías severas: diabetes, bocio, etc.

Debilidad y desnutrición, anemias graves de la madre.

Neoplacia, nuevo embarazo etc.

Locales:

Deformación de los pezones.

Pezones agrietados.

Mastitis .

Causas para no lactar de parte del NIÑO:

Defectos congénitos, labio leporino y paladar hendido.

IMPACTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA MORBI-MORTALIDAD INFANTIL.

INMUNOLOGIA DE LA LECHE MATERNA.

Contiene todas las inmunoglobulinas (Ag A-IgG-IgE-IgM e IgD), siendo la más importante por su concentración y características biológicas la IgA. También contiene macrófagos cargados de grasa y macrófagos fagocíticos móviles con gran cantidad de lisozimas y que además tienen capacidades para sintetizar inmunoglobulinas.(38)

En 1972 György, Jelliffe, McKigney, Tompson, Newton y Wyatt, destacados nutriólogos, publican el estudio más completo sobre los

aspectos bioquímicos, nutricionales, económicos y sociales de la leche humana, a la que califican como de valor incomparable para el niño, y también para la madre. El que en la lactancia ésta se encuentre sujeta totalmente a su hijo no es de lamentarse, , por lo contrario, de ensalzarse, por lo que psicológicamente significa para ambos.

Por todo lo expresado , debo insistir en el alto valor biológico, nutricional y protector de la leche humana: El lactante amamantado por su madre rara vez se enferma y casi nunca muere.

Ha sido demostrado el papel protector de la leche materna en los siguientes padecimientos:

Gastroenteritis:

La leche materna protege contra las diarreas por sus factores inmunológicos y por la ausencia de gérmenes patógenos en los primeros seis meses.

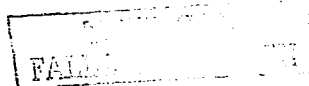
Cuando los lactantes son amamantados de forma exclusiva, la frecuencia de diarrea es mucho menor en relación con niños que reciben fórmulas artificiales.

Desnutrición:

Es menor 10 veces en comparación con los niños alimentados con formulas artificiales.

El contenido proteico de la leche tiende a disminuir, y el de la lactosa y grasa a aumentar a medida que el calostro pasa a ser leche transicional del quinto al trigésimo día posparto y leche madura del trigésimo día en adelante (25-26).

En los efectos del estado nutricional de la madre hasta hace dos décadas se acepta que cuando el estado nutricional de la madre era deficiente, especialmente en comunidades pobres, tanto la composición como el volumen de la leche afecta negativamente. Los estudios realizados por varios grupos desde 1975 utilizando metodología más precisa parecen demostrar lo contrario El estado nutricional materno evaluado a través del nivel socioeconómico, antropometría o composición corporal, afecta poco el volumen de 24



hrs. , inclusive en madres con nutrición subóptima excepto en los casos de desnutrición de tercer grado.

Teniendo en cuenta estas consideraciones podemos entender como en la larga evolución de las especies la naturaleza ha seleccionado características anatómicas y fisiológicas adecuadas para que cada especie pueda establecer una óptima adaptación con su medio ambiente.

En la evolución de los mamíferos una de las grandes ventajas y la cual le ha asegurado su supervivencia, es la de amamantar a sus crías , ya que éstas nacen con una extrema inmadurez. La gran incapacidad de los mamíferos para alimentarse por si solos al nacer, requirió de un alimento como la leche materna que los provee de todos los requerimientos nutricionales y humorales necesarios en cada etapa de su crecimiento, al mismo tiempo crea fuertes vínculos, afectivos entre madre e hijo así como permite el esparcimiento de los hijos, gracias al efecto anticonceptivo del amamantamiento (27).

El hombre como representante de ésta especie mantiene éstas características

Bioreproductivas, las cuales desafortunadamente se han ido perdiendo en aras de una modernidad que se ha empeñado en modificar o sustituir lo natural por lo artificial; por otro lado, la medicina moderna se ha visto influenciada por corrientes ajenas a la salud. Las grandes compañías que representan a los poderosos intereses de los laboratorios han tomado la iniciativa en las importantes decisiones de los problemas de salud de la población; decisiones que deberían ser tomadas por los profesionales de la salud, se ha visto que en muchas de las iniciativas y decisiones intervienen intereses financieros y no intereses de bienestar y mejoramiento de la salud. Por otro lado la estructura nuclear de la familia ha desfavorecido la posibilidad de conservar y transmitir tradiciones naturales de crianza. La práctica de amamantamiento transmitido de madres a hijas, hoy en día se ha vuelto difícil a causa de la independencia de las parejas y la falta de comunicación de los padres.

Otro aspecto personal que ha influido en el amamantamiento ,es el trabajo materno, aducido por las mujeres para no brindar la lactancia



materna, sin embargo, existen muchas mujeres trabajadoras que utilizan estrategias para asegurar el amamantamiento.

Finalmente corresponde a los profesionales de la salud, educar a la población informando de manera oportuna y clara sobre las ventajas de la lactancia materna y será la mujer con sus características individuales la que en razón de su entorno social y familiar desarrollará las percepciones favorables o desfavorables hacia la lactancia.

ANTECEDENTES DE REPERCUSIONES POR FALTA DISMINUCIÓN EN LA LACTANCIA MATERNA.

Después de la Segunda Guerra Mundial y con la incorporación de la mujer al trabajo productivo de la sociedad mundial la lactancia al seno materno se perdió en una gran parte de la población, teniendo éstas fuertes repercusiones como se observa en Bangladesh; una tercera parte de las muertes en niños de 18 a 36 meses de edad, en áreas rurales, son atribuibles a fallas en la alimentación al seno materno.

MALASIA. La tasa de mortalidad infantil es de 28 y 153 por 1000 niños dependiendo de la presencia o ausencia de agua potable y servicios sanitarios en el hogar.

EL CAIRO. 150 niños de cada mil muertes, mueren antes de nacer el siguiente hermano. La mayoría de éstas muertes están relacionadas con la suspensión prematura de la alimentación al seno materno.

Latinoamérica y el caribe. La organización Panamericana de Salud OPS señaló que el riesgo de morir de los niños menores de un año, alimentados artificialmente, es de tres a cinco veces mayor que para los bebés alimentados al seno materno (28-29).

En los antecedentes del estado actual de lactancia materna así como el largo proceso de regreso al amamantamiento podemos encontrar acontecimientos importantes como son:

1981.- La OMS y la UNICEF en Ginebra, promueven el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna cuyo artículo 6.6 solicita a los gobiernos, establecer solo



pequeñas cantidades de sucedáneos para un número reducido de infantes, de tal manera que los suministros no interfieran con la lactancia materna de la población en general.

1988.-El IMSS inaugura el Hospital de Tlatelolco y el grupo de pediatras adscritos a la unidad, decide establecer el alojamiento conjunto, substituyendo en forma paulatina la alimentación con fórmula por la lactancia materna.

1989.-La Save the Children Aliance y la Asociación Mundial de Medicina ,iniciaron la promoción de la publicación "Para la Vida" coeditada por la UNICEF y la UNESCO ,con la que se promovió eficazmente la lactancia materna.

Por otra parte ,R:R.Puffer, C.V.Serrano y un grupo de colaboradores de la Organización Panamericana de la Salud, en 1973, señalan que en el estudio de mortalidad de la niñez en 13 regiones de Latinoamérica y California, sobre 39.095, defunciones en menores de 5 años que el porcentaje de niños fallecidos entre los 28 días y cinco meses no pasó del 40% en los que tomaban seno materno, y ocurrió en más del 60% de los que no lo tomaban.

Por todo lo expresado ,debo insistir en el alto valor biológico, nutricional y protector de la leche humana :el lactante amamantado por su madre rara vez se enferma y casi nunca muere.(38)

VIII.-ASPECTO PSICOLOGICO DE LA LACTANCIA

En 1972 György, Jelliffe, McKigney, Tompson ,Newton y Wyatt, destacados nutriólogos ,publican el estudio más completo sobre los aspectos bioquímicos, nutricionales, económicos y sociales de la leche humana, a la que califican como de valor incomparable para el niño, y también para la madre .El que en la lactancia ésta se encuentre sujeta totalmente a su hijo no es de lamentarse, sino, por lo contrario, de ensalzarse, por lo que psicológicamente significa para ambos.(30).



No se puede olvidar que la relación afectiva madre-hijo que se da en el acto de amamantar constituye para ambos una experiencia muy gratificante y es de gran importancia para el bebé. (40)

Después del nacimiento el bebé adapta todos sus sentidos a la nueva realidad que los rodea, y empieza a desarrollarse en todos los sentidos. A ellos concurren dos procesos cuya intervención es verdaderamente decisiva y fundamental: la maduración y el aprendizaje, por un lado, y por otro la mediación de un personaje imprescindible: la madre.

A través de los cuidados y atenciones encaminadas a satisfacer las necesidades básicas el bebé y su madre establecen muy pronto unas relaciones en las que estas mismas necesidades-hambre, sueño, calor y frío, etc- pueden llegar a ocupar un segundo término ,mientras que la calidad del clima afectivo que las parecida nunca dejara de ser importante.

En casos extremos, la ausencia de intercambios emocionales durante ala lactancia pueden originar trastornos graves (incluso irreversibles) en el bebé.

La depresión postnatal se observa principalmente en bebés separados de la madre y confiados al cuidado de instituciones.(40)

A través de su descripción de las fases de desarrollo libidinal Freud hizo constante referencia de las relaciones del niño con figuras cruciales de su ambiente. Y Menciona que en la fase oral la primera conciencia del niño de un objeto en sentido psicológico procede de su deseo de algo con lo que está familiarizado, de algo que gratificó sus necesidades en el pasado, pero que actualmente no esa presente. Esencialmente , es el hambre lo que obliga al niño a reconocer el mundo exterior.

En este punto ,la madre se convierte en algo más que un agente anónimo cuyas atenciones mantienen vivo al niño. Ella es reconocida como la fuente de alimento y de placer exógeno que el niño deriva de la succión .Como tal ella pasa a ser el primer objeto de amor.(35)



Erik Erikson ,en fases de desarrollo de del yo de su teoría de la personalidad

Alude en la fase sensitivo-oral que durante los primeros meses de vida, la boca es la zona más sensible del cuerpo. El niño incorpora, como alimento, un pezón ,,un pulgar .Existe hambre de alimento y de estimulación de los órganos de los sentidos y de toda la superficie de la piel. Según lo que suceda entre el niño y la madre, que es también portadora de los valores de la sociedad, el niño desarrolla un sentimiento básico de confianza en que sus deseos serán satisfechos con frecuencia o una sensación de que va a perder la mayor parte de lo que desea En esta fase Erik refiere como lo negativo que puede causar

crisis psicosocial; ,la confianza y desconfianza básicas.(42)

Diferencias Psicoafectivas :

El vínculo que se establece como resultado del comportamiento primario se facilita(fortaleciendo el binomio madre-hijo)cundo se inicia la lactancia en el postparto inmediato .Los niños alimentados con formula presentan mas problemas de atención y de adaptación social.(43)

Finalmente:

La leche materna es la fuente nutricia más conveniente, sencilla , económica, Higiénica agradable y satisfactoria durante los primeros meses de vida.(37)

Post Parto.-Muchas madres no saben como solucionar en esta etapa el problema de la lactancia, esto se debe en gran parte a la poca información y en parte a los obstáculos médicos sobre todo en los países en desarrollo donde no se les separa a la madre y al bebé.(38) y por consecuencia se da formula al recién nacido.

Por eso es tan importante que el primer capacitado sea el personal que atiende la salud

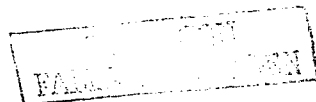


PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA MUNDIALMENTE

Gracias a una nueva iniciativa en 1990, que hace suya la Dirección General de Salud Materno Infantil en coordinación con UNICEF, han invitado a todos los centros de atención materno infantil a aplicar diez medidas para asegurar en éxito de la lactancia materna.

DECALOGO PARA PROMOVER LA LACTANCIA MATERNA:

1. - Establecer normas escritas en materia de lactancia materna y ponerlas rutinariamente en conocimiento de todo el personal de salud.
- 2.-Proporcionar a todo el personal de salud la capacitación necesarias para aplicar estas normas.
- 3.-Informar a todas las mujeres embarazadas sobre las ventajas y el procedimiento de la lactancia materna.
- 4.-Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al nacimiento.
- 5.-Explicar a las madres como deben amamantar a sus hijos y cómo mantener la lactancia aunque estén separadas de ellos.
- 6.-No dar nada de comer ni beber a los recién nacidos aparte de la leche materna, excepto en caso de indicación médica.
- 7.-Permitir que los lactantes permanezcan al lado de su madre las 24 horas del día.
- 8.- Estimular la lactancia según las demandas del niño.
- 9.-No dar biberones o chupones a los lactantes.
- 10.-Fomentar la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y poner a las madres en contacto con ellos después de dejar el hospital o la maternidad.(38)



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

TEMA: FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

**¿CUÁL ES EL NIVEL DE ACEPTACIÓN Y APLICACIÓN DE LA
LACTANCIA MATERNA EN MADRES DERECHOHABIENTES
ADSCRITAS A LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE
EN DURANGO?**

TRABAJO CON
FALLA LA ORIGEN

OBJETIVOS

TESIS CON
FALLA DE ENTREN

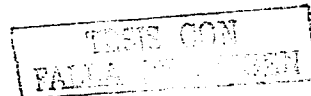
OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

CONOCER CUÁL ES EL NIVEL DE ACEPTACIÓN Y APLICACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DERECHOHABIENTES ADSCRITAS A LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN DURANGO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron información sobre lactancia materna
- 2.- Conocer quien proporciono la información sobre Lactancia Materna.
- 3.- Saber cuantas derechohabientes embarazadas conocen las ventajas de la lactancia materna.
- 4.- Saben cuantas multíparas de las que participaron en el estudio han amamantado a sus hijos.
- 5.- Identificar a las embarazadas que desean amamantar a su hijo.
- 6.- De las mujeres estudiadas conocer cuantas tuvieron parto natural y cuantas cesárea.
- 7.- Identificar a las madres que amamantaron a su hijo las primeras horas después del parto.



8.- Saber durante cuanto tiempo brindaron lactancia exclusiva las mujeres que se estudiaron.

9.- Identificar el número de paridad de las mujeres estudiadas.

10.- Conocer el nivel de escolaridad de las mujeres derechohabientes estudiadas

TRABAJO CON
FAMILIA DE ORIGEN

METODOLOGÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.-

Observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo

POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO.

Todas las madres que se encuentran en periodo de amamantamiento en la Clínica de Medicina Familiar en el periodo de marzo de 1996 hasta diciembre de 1997.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Por desconocer inicialmente el tamaño de la población que acudiría al servicio de Materno Infantil, para la selección de la muestra se utilizó la fórmula

$$n = \frac{(1.96)^2 (P)(1-P)}{L^2}$$

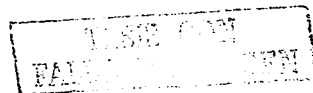
Limite de tiempo

De donde 1.96 es el factor que asegura que el 95% de la población están dentro del error establecido.

$\frac{1}{4}$ = es el valor de P que maximiza $p(1-p)$, que representa a la población general con la posibilidad de obtener al azar individuos con las características deseadas y no deseadas.

Limite de error = error posible de aceptar 0.10

Estableciéndose dicha muestra en 99 pacientes, sin embargo con los criterios de eliminación únicamente fue posible incluir 61 mujeres de entre las 864 entrevistadas. La selección de la muestra fue mediante eliminación de aquellas que no cumplieron con los criterios establecidos, incluyendo a todas las demás.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

femeninas

derechohabientes del ISSSTE

carnet vigente

usuarias del servicio materno infantil

expediente clínico con registro prenatal y posparto

mínimo 3 consultas postnatales

Parto vaginal

cesárea

Nacimiento del producto del 21 de marzo de 1996 al 25 de diciembre de 1997

Madre con producto registrado en el ISSSTE

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

.No desea participar en el estudio

Nacimiento del producto en otro lugar fuera del Hospital Dr. Santiago Ramón y

Cajal

Embarazada sin expediente en la Clínica de Medicina Familiar

Producto sin expediente en la Clínica de Medicina Familiar

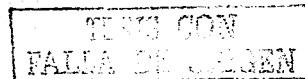
Madres que no contesten una segunda encuesta aplicada en período posparto.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

1).- cuestionario incompleto

2) Muerte del producto

3) muerte de la madre



INFORMACIÓN A RECOLECTAR

Se recolecto la información mediante un cuestionario que consta de dos partes. La primera aplicada en período prenatal que incluyen 6 preguntas sobre el conocimiento del programa de lactancia materna y aceptación del mismo. La segunda parte consta de 7 preguntas sobre la aplicación de dicho programa, recolectadas en período postnatal (apéndice 1)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VARIABLES DE MEDICIÓN.

INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES
1.-Ocupación en casa	SI NO
2.-Escolaridad	0, primaria, sec, basic, tec, profesional
3.-informacion sobre LM	SI NO
4.- .-Personal que informo sobre LM	Med, enf, t.s, familiar, otros
5.-paridad	1º, 2º 3º, 4º, 5º, 6º, o mas
6.- amamantamiento previo	SI NO
7.-deseo de amamantar	SI NO
8.-conocimiento de ventajas de LM	SI NO
9.-amamantamiento ½ hr postparto	SI NO
10.-tipo de parto	SI NO
11.-tipo de alimentación	Exclusiva , mixta, fórmula
12.-tiempo de alimentación	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 más meses
13.-sexo del producto	masculino femenino

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

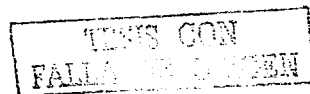
Se pidió el consentimiento para llevar a cabo el presente estudio consentimiento a la Dirección de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Durango, y con el apoyo directo de la Srta. Enfermera responsable del Servicio de Materno Infantil del turno matutino y un auxiliar de consultorio que localizó los expedientes necesarios.

ISSSTE CON
FALLA DE MEDICIÓN

A partir del mes del marzo de 1996 hasta diciembre de 1997, a todas las mujeres embarazadas que acudieron al servicio de materno infantil se les preguntó si deseaban participar en el presente estudio, se entrevistaron en total 864 pacientes, de las cuales fueron eliminadas las que no aceptaron participar, a las demás se les aplicó un cuestionario (apéndice 1) que consta de dos partes, la primera parte incluye 6 preguntas y los datos generales de la paciente, dichos cuestionarios se numeraron en orden progresivo conforme se fueron captando posibles participantes del estudio. Se les indicó a éstas personas que deberían llenar una segunda parte del cuestionario, al completar 3 consultas posteriores al nacimiento de su bebé o bien, en el mes de junio de 1996, para lo cual se les pidió acudir al servicio en ese tiempo. Las mujeres que acudieron respondieron el resto del cuestionario que consta de 7 preguntas, las que no acudieron fueron buscadas por teléfono o en su domicilio , para que contestaran el cuestionario, eliminando a las que no lo hicieron.

De las pacientes que quedaron, se localizó su expediente y el de su bebé, se checo la vigencia y se confirmó que hubiese un registro mínimo de 3 consultas postnatales, quienes cumplieron con todos los criterios de inclusión fueron únicamente 61 derechohabientes y con ellas fue procesada la información en excel. acudido a las 3 consultas posparto, de las 864 personas encuestadas inicialmente, solo cumplieron los criterios de inclusión, sin criterios de exclusión ni de eliminación 61 personas que fueron las estudiadas.

De estas 61 pacientes de capturaron los datos en computadora en el programa Excel, y se presentaron los resultados.



ASPECTOS ETICOS APLICABLES AL ESTUDIO

De acuerdo a la Declaración de Helsinki, que habla de las recomendaciones para orientar a los médicos en los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos, Adaptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en Finlandia en 1964 y revisada por la 29ª. Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón en 1975, se respetó siempre el derecho de las mujeres participantes, salvaguardando su integridad personal.

Para respetar la identidad de ellas, se numeraron los expedientes sin manejar en ningún momento el nombre.

Por ser un estudio en el que básicamente se revisan los datos captados en el expediente y por ello no representar ningún riesgo para el sujeto en estudio considero que se cumple totalmente con los lineamientos éticos citados en dicha Declaración.

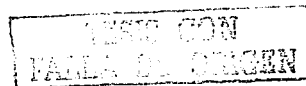
REVISADO CON
FALLA DE CUMPLIMIENTO

RESULTADOS

TRIS CON
FALLA DE TIPO

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

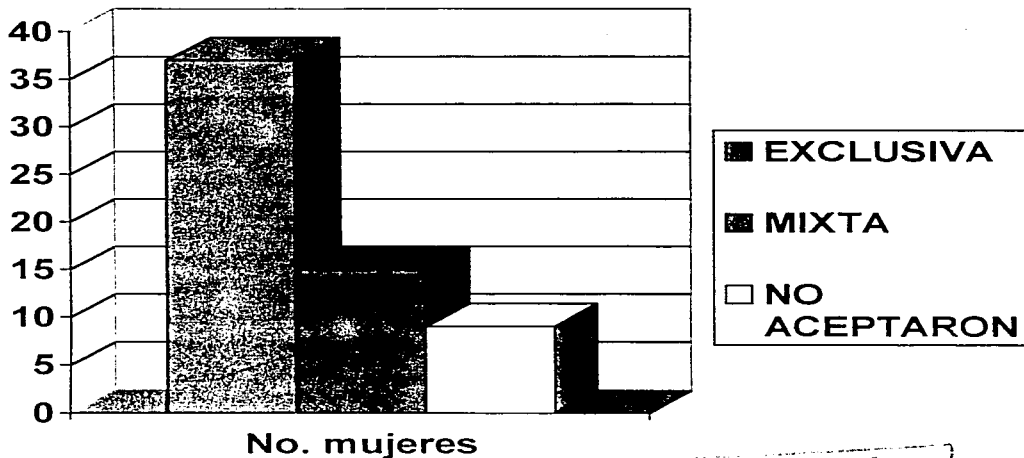
- 1.- 37 mujeres (60.6%) aplicaron la lactancia materna en forma exclusiva.
- 2.- 15 mujeres (24.5%) aplicaron la lactancia materna en forma mixta.
- 3.- 9 personas (14.7%) no aplicaron la lactancia materna **Cuadro No. 1. Cuadro No. 1**
- 4.- 50 mujeres (82%) aceptaron la lactancia materna
- 5.- 30 embarazadas, o sea 49.1% recibieron información sobre la lactancia materna **Cuadro 2, Gráfica 2**
- 6.- De las mujeres que recibieron información sobre lactancia materna, 14 de ellas, que representan el 47% recibieron información de una enfermera. 10 embarazadas, o sea 33% fueron informadas por la trabajadora social, 5 personas, que son el 17 % recibieron información del médico y 1 mujeres, o sea el 3 % fueron informadas por familiares. **Cuadro No. 3, Gráfica No. 3**
- 7.- 27 embarazadas (44%) conocen las ventajas de la lactancia materna. **Cuadro No. 4. Gráfica No. 4**
- 8.- de las 61 pacientes estudiadas, 38 (62%) mujeres fueron multíparas, de las cuales 20 (53%) han amamantado a sus hijos. **Cuadro No. 5. Gráfica No. 5**
- 9.- Manifestaron su deseo de amamantara su hijo 50 mujeres, que corresponden al 82 %. **CUADRO Y GRÁFICA No. 6**
- 10.- Las mujeres con parto normal fueron 34, que representan el 56%. **CUADRO Y GRÁFICA No. 7**



CUADROS Y GRÁFICAS.

CUADRO Y GRÁFICA No. 1.- Aceptación y aplicación de lactancia materna en el ISSSTE, Durango.

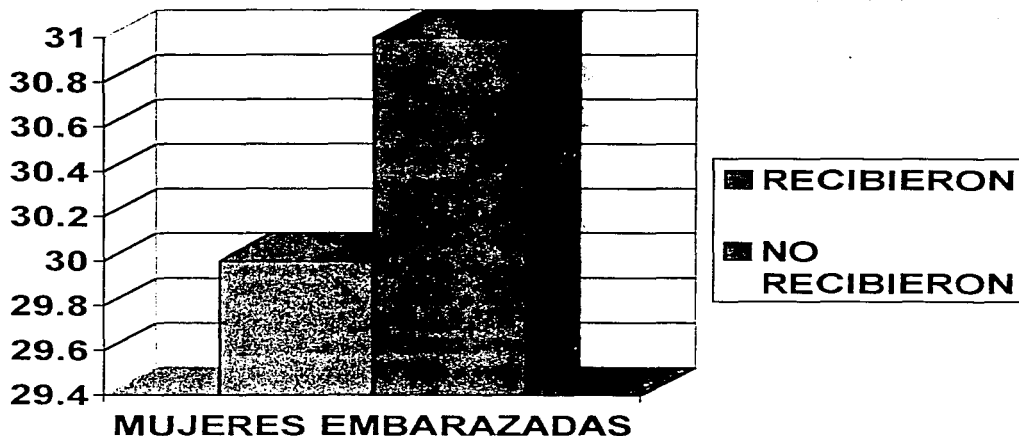
Aceptaron y aplicaron La lactancia materna	No. mujeres	Porcentaje
EXCLUSIVA	37	61 %
MIXTA	15	24 %
NO ACEPTARON	9	15 %



ISSSTE
FAMILIA DE ORIGEN

CUADRO Y GRÁFICA No.. 2 Mujeres embarazadas que recibieron información sobre la lactancia materna , de 61 estudiadas en el ISSSTE, Durango.

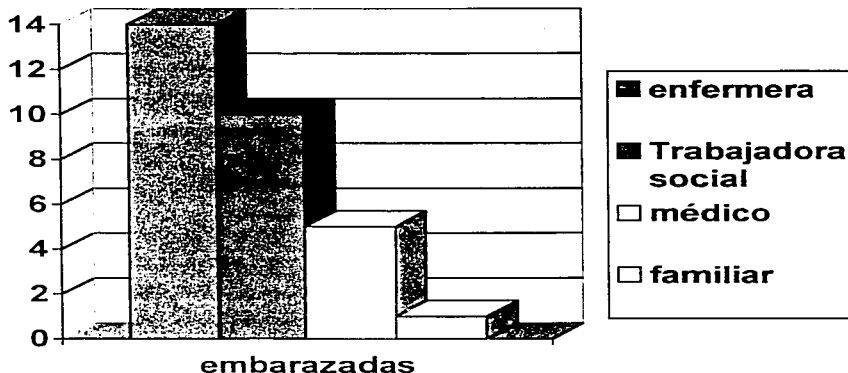
INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA	MUJERES EMBARAZADAS
RECIBIERON	30
NO RECIBIERON	31



IMPRESO CON
FALLA DE COPIADO

CUADRO Y GRÁFICA No. 3 persona que proporcionó información sobre lactancia materna a 30 mujeres, de las 61 estudiadas.

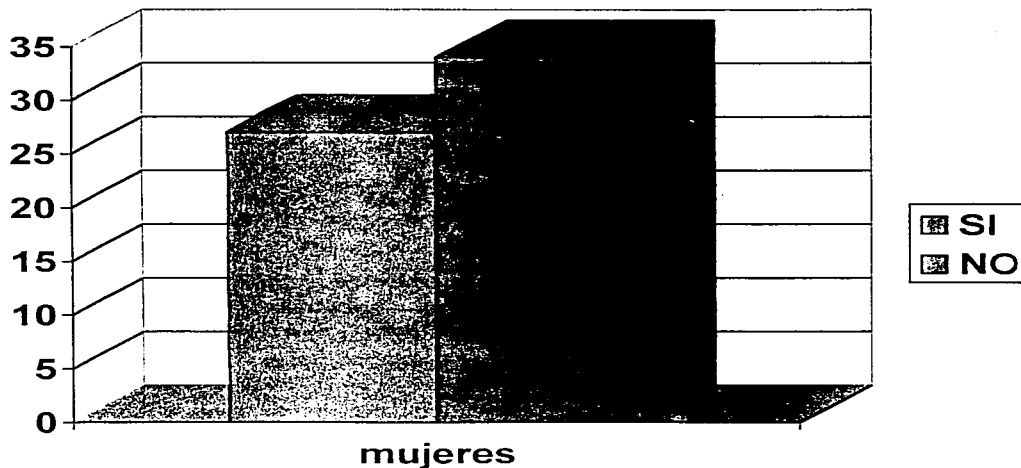
Persona que informó Sobre lactancia materna	Embarazadas	Porcentaje %
Enfermera	14	47
Trabajadora social	10	33
Médico	5	17
Familiar	1	3
TOTAL de informadas	30	100



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO Y GRÁFICA No. 4. Proporción de mujeres que conocen las ventajas de la lactancia materna, en el ISSSTE, Durango.

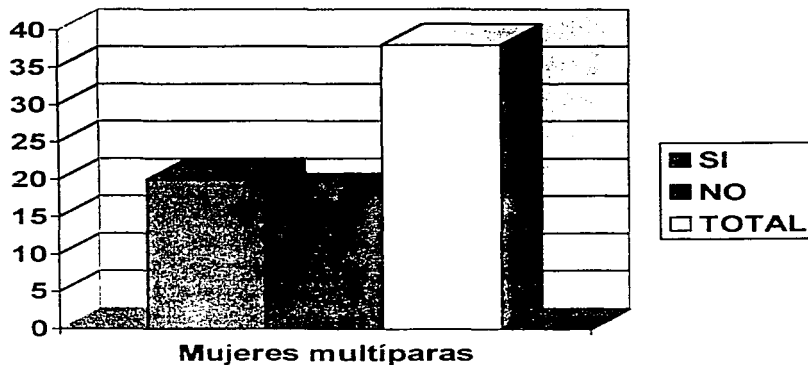
Conocen ventajas de Lactancia materna	mujeres	Porcentaje
SI	27	44 %
NO	34	56 %



ISSSTE CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO Y GRÁFICA No. 5. Relación de las mujeres multiparas que han amamantado a sus hijos, de 61 mujeres estudiadas en el ISSSTE, Durango.

Amamantaron previamente A sus otros hijos	Mujeres multiparas	Porcentaje
SI	20	53 %
NO	17	47 %
TOTAL	37	100 %

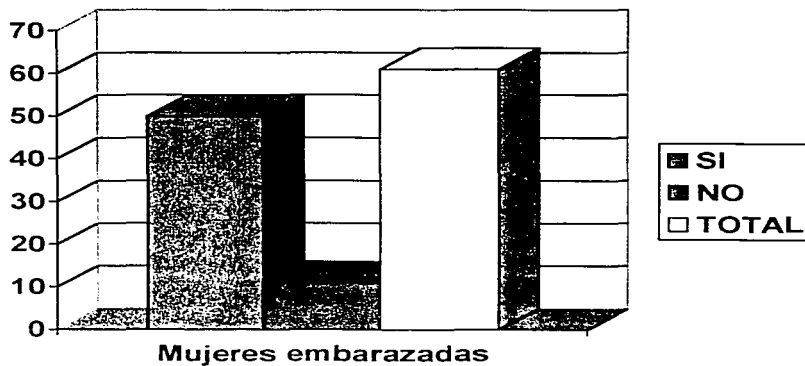


ELIEN CON
FALLA EN ORIGEN

CUADRO Y GRÁFICA No. 6

Embarazadas que manifestaron el deseo de amamantar a su hijo, en el ISSSTE, Durango.

DESEO DE AMAMANTAR A SU HIJO	Mujeres embarazadas	Porcentaje
SI	50	82 %
NO	11	18 %
TOTAL	61	100 %

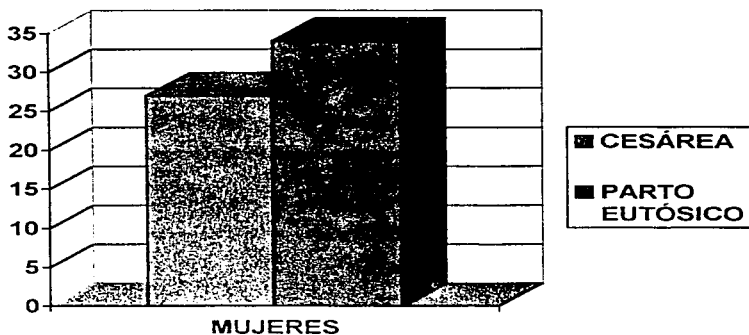


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO Y GRÁFICA No. 7

Proporción de cesáreas y partos normales en 61 mujeres estudiadas en el ISSSTE, Durango.

TIPO DE PARTO	MUJERES	Porcentaje
CESÁREA	27	44 %
PARTO EUTÓSICO	34	56 %
TOTAL	61	100 %

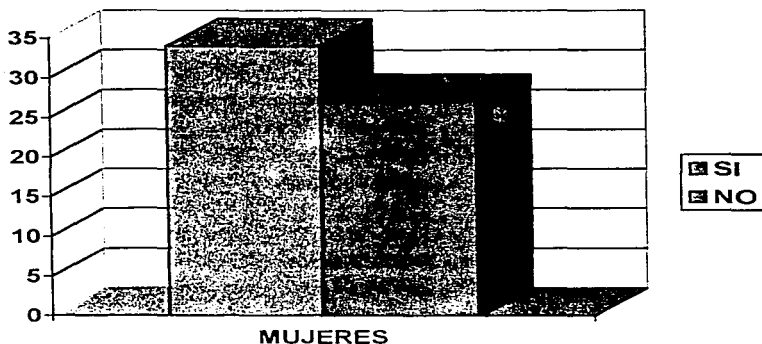


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO Y GRÁFICA No. 8.

Porcentaje de mujeres que amamantaron a su hijo la primera media hora después del parto

Amamantaron a su hijo la Primera media hora posparto	MUJERES	Porcentaje
SI	34	56 %
NO	27	44 %
TOTAL	61	100 %

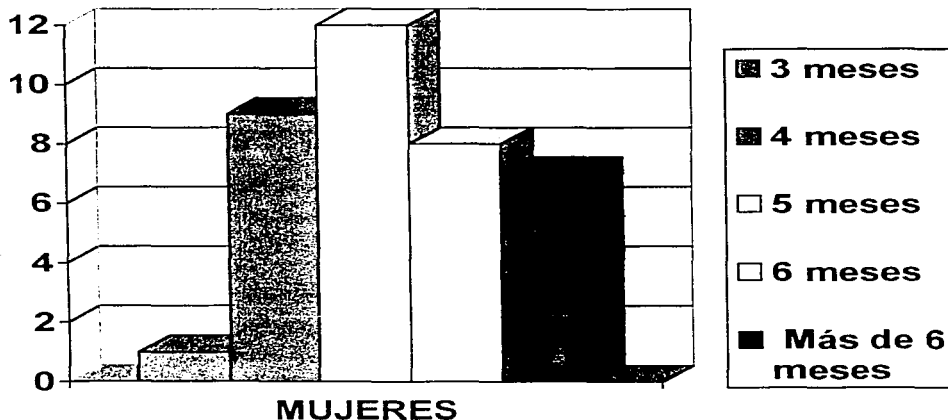


CON
PALMA DE CALZEN

GRÁFICA Y CUADRO No. 9

Tiempo de amamantamiento de las 37 mujeres que brindaron lactancia materna exclusiva

TIEMPO DE AMAMANTAMIENTO	MUJERES	PORCENTAJE
3 meses	1	3 %
4 meses	9	24 %
5 meses	12	32 %
6 meses	8	22 %
Más de 6 meses	7	19 %

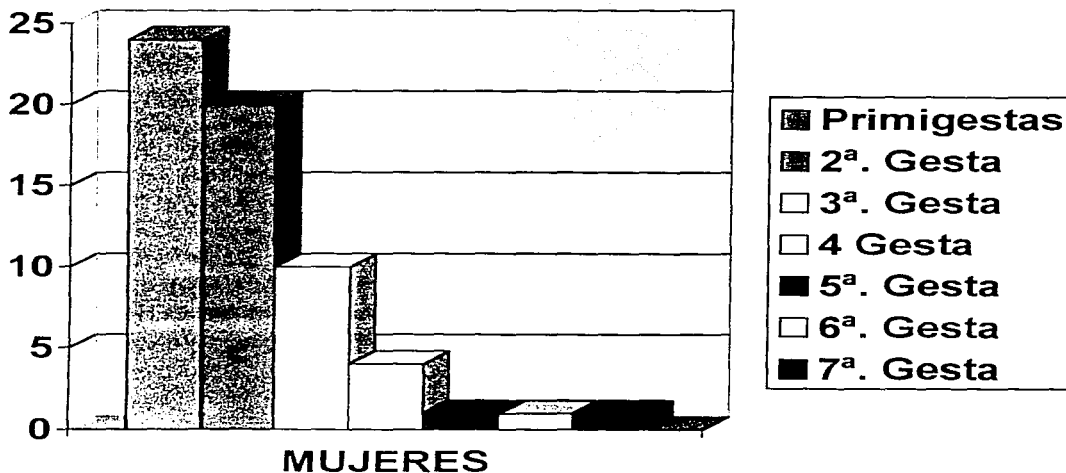


INSTITUCIÓN
 DE INVESTIGACIONES
 Y ESTADÍSTICAS

CUADRO y GRÁFICA No. 10

Número de paridad de las 61 mujeres estudiadas en el ISSSTE, Durango.

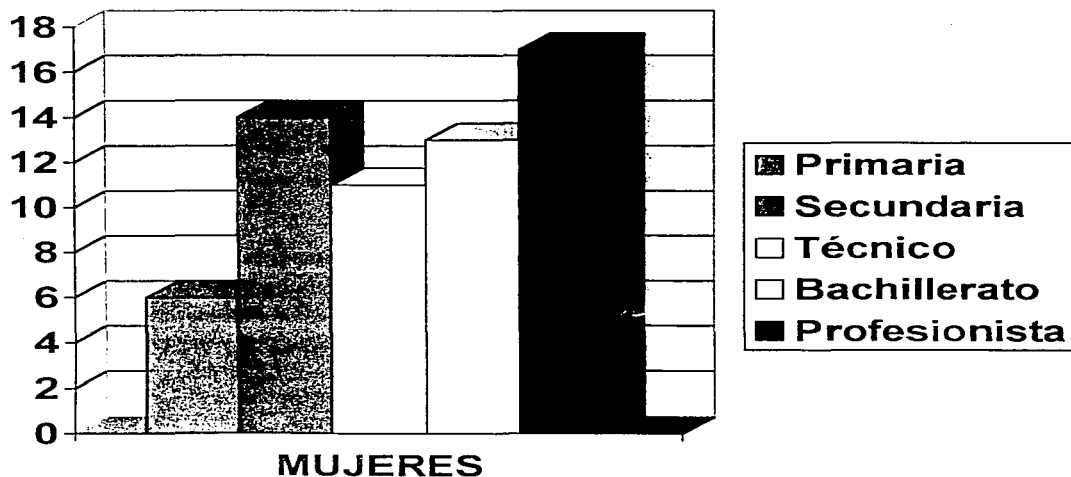
PARIDAD	MUJERES	PORCENTAJE
Primigestas	24	39 %
2ª. Gesta	20	33 %
3ª. Gesta	10	16 %
4 Gesta	4	6 % 7
5ª. Gesta	1	2 %
6ª. Gesta	1	2 %
7ª. Gesta	1	2 %



CUADRO Y GRÁFICA No. 11

Nivel de escolaridad de las 61 mujeres estudiadas en el ISSSTE, Durango

NIVEL DE ESCOLARIDAD	MUJERES	PORCENTAJE
Primaria	6	10 %
Secundaria	14	23 %
Técnico	11	18 %
Bachillerato	13	21 %
Profesionista	17	28 %



ISSSTE
DURANGO

FALTA

PAGINA

51

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

En los resultados encontrados, la aceptación de la lactancia materna fue del 82 % ,a pesar de lo cual la aplicación desciende hasta el 61%, probablemente por el desconocimiento de las ventajas que ofrece la lactancia materna, ya que un 56% de las mujeres estudiadas manifestaron no conocer dichas ventajas.

Las cesárea o el parto no fue factor determinante sobre la aplicación (gráfica No. 7).

Claudia Caballero de bogota(2) también reporta en su estudio el inadecuado conocimiento sobre la lactancia materna, en dicho estudio la aplicación de la lactancia fue del 21.7 % , cifra mucho más baja que la encontrada en el presente estudio.

Kramer M.S en Jamaica buscando evaluar la efectividad de la promoción de la lactancia materna , encontró que en el grupo donde se promociono la lactancia, está se aplicó en un 72% y en otro9 grupo en el cual no se promocionó, la aplicación fue del 61%. Este ultimo resultado concuerda con lo encontrado en está investigación.

En el estudio realizado en Barcelona se reporta una prevalecia de la lactancia del 60 al 80% porsterior al egreso hospitalario y de 4 a 7 % a los 6 meses, a diferencia del presente estudio (5) la lactancia materna exclusiva es del 22% a los 6 meses y del 19 % mas de 6 meses. Aunque el reporte de J.C. Martínez, del Hospital Pediátrico Mártires de Túnes menciona un 95% de aceptación en 0 meses y 7 meses.

A su vez en el reporte de Miami Florida (6) se encontró que el 78 % de las madres de habla hispana optaron por la lactancia materna y un 63% dejo de amamantar a 6 meses, porcentaje de aplicación de la lactancia materna lo encontro en este estudio.

Comparando los resultados que resalta la encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (7) encontramos:

El grado de escolaridad materna, va en relación inversa con la aceptación de la lactancia materna, a diferencia de este estudio, donde las profesionistas fueron el grupo con mayor aplicación de la lactancia materna, con una duración en meses aceptable (grafica 11)

En dicha encuesta se menciona también que cuando el medico atiende el parto hay menos aceptación de la lactancia, este resultado no es posible compararlo con el presente estudio, ya que todas fueron atendidas por médicos en su parto, pero si podemos mencionar que en sus visitas prenatales al primer nivel de atención el medico fue quien menos promociono la lactancia en las mujeres estudiadas.



Kramer Ms encontró que en el grupo donde se promovió la lactancia materna la aplicación de la misma fue del 72% y en el grupo control 60%. En el presente estudio y en el grupo de control 60%. En el presente estudio la aceptación y aplicación de la lactancia materna fue del 85%. En el mismo estudio la lactancia materna exclusiva fue del 43% a los tres meses en el presente estudio solamente el 3%.

La aceptación y aplicación de la lactancia materna es mas alta en la C.M.F. del I.S.S.S.T.E. en Durango que la evaluada en Jamaica, en donde también se fomento el programa de lactancia materna, sin embargo a los tres meses se observa una importante disminución en la lactancia exclusiva, probablemente debido a que la mayor parte de la población de mujeres estudiadas es trabajadora y que en su nivel de escolaridad es alto lo que es un factor de riesgo para la aplicación de la lactancia materna.

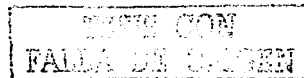
La revisión de J.C. Martínez en cuanto el porcentaje de aplicación y aceptación de la lactancia materna por edad en meses del niño fue en general alta variando del 73 al 95% hasta el séptimo mes. En el presente estudio vario del 3 al 32 % en ambas se evaluó solo la aplicación de lactancia en forma exclusiva.

En Carolina del Norte el 74% de los niños es alimentado con biberón lo que refleja falta de promoción al programa de lactancia materna, probablemente sus tasas de morbi-mortalidad infantil no han reflejado la necesidad de implantar dicho programa.

En Miami Florida se encontró que las madres latinas amamantan en un 78% y que en 63% dejo de dar pecho a los 6 meses dichas cifras se acercan a lo encontrado en el presente estudio, posiblemente porque este grupo puede corresponder a personas no residentes del lugar.

En el estudio realizado en Bogota Colombia el 92% de las madres de 36 años y el 89% de las madres con 3 hijos presentaban un inadecuado conocimiento sobre la lactancia materna. En el presente estudio el 44% de las embarazadas conocen las ventajas de la lactancia materna lo que refleja la aplicación del programa de lactancia en el sitio de estudio.

En la encuesta Nacional sobre la Fecundidad y Salud se reporta que el grado de escolaridad materna va en relación inversa con lo encontrado en esta investigación. En la misma encuesta se menciona que el personal medico es quien proporcione menos la lactancia lo que concuerda con el presente estudio.



CONCLUSIONES.

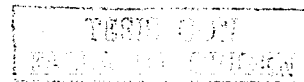
En este estudio se encontró que el 85% de las mujeres aceptaron y aplicaron la lactancia materna, ninguna mujer es analfabeta, el 90% tienen estudios de secundaria hasta profesional.

Independientemente del tipo de parto, normal o cesárea la aceptación al programa es de lactancia exclusiva es positivo.

El personal de la Clínica en general ha proporcionado buena información sobre el programa a la población derechohabiente.

Por los resultados obtenidos se concluye que si se cumplen los objetivos: general, y específicos.

Lo que indica que la respuesta a la pregunta principal de este estudio es "Afirmativa".



BIBLIOGRAFIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Bibliografía

1.-<http://www.cuba.cu/publicaciones/documentos/innovac/articu3-4htm>

trabajo realizado sobre Nutrición y Lactancia materna

J.C. Martínez y Cool.un estudio en el Hospital Pediátrico Martires de Tunes.

2.-http://www.encolombia.com/alimentos/revistas/acodin299_impacto8.htm

Impacto de la Educación en la Lactancia Materna .

Caballero Torres Claudia Alexandra, Valderrama Perdigón María del Pilar y

Cleves Huergo Alicia, Romero Gaitán María Angela.

3.-http://www.waba.org.br/wbw97/esp4_htm

Lactancia materna la mejor inversión .Kaiser Permanente-Investigación

1994-1995.

4.-<http://www.infodoctor.org/pbe/AVC23lactancia.htm>. **Promoción de la**

Lactancia Materna basada en la iniciativa FBI Hospital amigo de los niños.

Kramer M.S. y Cools.

5.-<http://www.medynet.com/usuarios/PrevInfad/Lactancia.htm>.**Promoción de**

la Lactancia Materna.

6.-http://latnn.com/2001/August/Other_Info-PR687.html. **Mujeres Latinas**

prefieren la Lactancia Materna a la Formula.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.-<http://www.cybermex.net/coperson/lactancia/lactancia.htm>. Colegio de Pediatría del Estado de Sonora.

8.- Pérez Escamilla R, Dewey KG. Epidemiología de lactancia materna en zona rurales y urbanas de México. Bol Oficina Sanit Panam 1993;114 (5): 399-404.

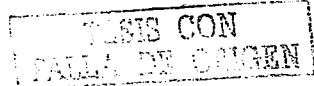
9.- Vandel S, Rivera PM, Kageyma E M , Tirado GL, López CM. Lactancia materna, destete y ablactación : una encuesta en comunidades rurales de México. Salud Pública Mex 1997 ; 39 (5): 412-479

10.- Villacís KM , Romero TR, Campos LG. Impacto del programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre en un Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ginec Obst. Mex 1998 ; 474-479.

11.- Santos T Vazquez GE, Nápoles RF, Hábitos de lactancia materna en colonias de Guadalajara, Bol Med Hosp.. Infant Mex 1990;47 (5) :318-323.

12.- Pérez GS, Rueda AF, Díez US. Lactancia y cuidado de los hijos : estudio de casos en dos zonas rurales de México, Salud Pública Mex 1993;35(6):692-699.

13.- Cisneros SII, Flores HS. Alojamiento conjunto de la madre y sus hijos, hospitales amigo y promoción del amamantamiento en México. Bol Med Hosp..Infantil Mex 1995;52:135-139.



14.-Amador M. Silva L, Valdéz L. Tendencias de la lactancia materna en Cuba y las Americas. Bol Oficina Sanit Panama a 994;116(3):204-207.

15.-Vega LM, González PG . Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México. Bol Oficina Sanit Panam 1993;115(2):118-126.

16.-Lara Capetillo MC, Rodríguez-Morán M, Guerrero Romero JF, Lactancia exclusiva al seno materno; abandono e incidencia de enfermedades. Rev Med IMSS 1996 ; 34(1):48-53

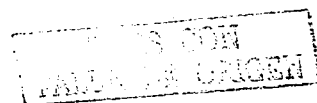
17.-Leyva PR , Bacardi GM, Jimenez CA. Variables asociadas a prácticas alimentarias durante la lactancia en Tijuana. Segunda parte. Rev Mex Pediatr 1994;61(1):12-14.

18.-Leyva PR, Bacardi GM, Jiménez CA. Variables asociadas a patrones de lactancia en Tijuana, México, Salud Pública Mex 1994;36(2) 161-167.

19.-Sotelo CN , Barragán OL, Patrones de lactancia y ablactación en el primer semestre de vida Rev Mex Pediatr 1994;61(2): 83-87

20.-Knighth. Mammary growth and development: strategies of animals and investigators.Symp Zool Soc Lond(1984); 51 : (147-70)

58



21.-Neville Mc,Neifert MR. *Lactation ; physiology, nutrition and breast-feeding*, New York ; Plenum Press: (198)

22.-Soloff MS,Alexandrova M, Fernstrom MJ, *Oxitocin reseptores: triggers for parturition and lactation*, Science 1979; 204: 1313-5.

23.-Topper YJ, Freeman CS,*Multiple hormone interactions in the developmental biology of emammary gland. Physiol Rev* (1980) 60 : (1049-106.)

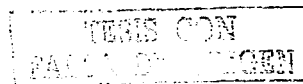
24.-Brauman DE, Davis CL *Biosynthesis of milk fat. En : Larson BL, Smith VR, editor, Lactation. New York : Academic Press: (1974): (31-75.)*

25.-Linzell JI, Peaker M. *Changers in colostrum composition and inpermeability of mammary mammary epithelium at about the time of partituration in the goat.*

26.- Belavady Bolapanc, *effect of dietary suplemention in the composition of breast-milk. Indian J.Mrd Res : (1960): (518- 523)*

27.-*Antecedentes dos mamiferos e amamantacao adaptive.Traducido por Teresa Toma , de : Mammalian antecedents and adaptative suckling.Jelliffe DB and Jelliffe EFP. Human Milck in the Modern World.*

59



28.-Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe P : Breastfeeding and hospitalization in the first 118 months of life. Pediatrics . 1988;81: 58-62.

29.-Chen Y, Yu S, and Li W, Artificial feeding and hospitalization in the first 118 months of life. Pediatrics, 1988;81: 58-62

30.-Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural: La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Ginebra (1989)

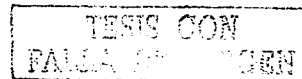
31.-Lactancia Materna y Ecología. En: Carpeta de información para la promoción , protección y apoyo a la Lactancia Materna y a la alimentación. IBFAN. Perú, 1990.

32.-Lactancia Materna. Como proteger un recurso Natural. George Town University. Department of Obstetricis and Gynecology, 1988.

33.-Salud Publica de México. Noviembre-Diciembre de 1993. Vo. 35, No 6. Ramírez Mayan

34.- Guía práctica para una buena lactancia. Oslo marzo 1981 Elizabeth Helsing.

60



**35.-Material Educativo para la capacitación en Lactancia Materna.México
Sector Salud.Comité Nacional de Lactancia Materna**

**36. Síndromes Pediátricos: Fisiología Clínica y Terapéutica; Salas A.Max y
colaboradores.Alimentación Infantil Jaime A.**

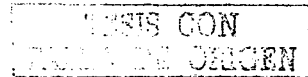
Ramírez Mayans Cap 5 : (90-109)

**37.- Manual de Pediatría -. Dr. Rogelio H. Valenzuela ,Dr Javier Lungas
Bartels,Dr Luis Marquet Santillan: Manual de Pediatría -. Novena Edición :
1975 Mexico.**

**38.-Festejando a la madre y al bebé en el cuarentavo día.El programa Pst-
Parto de Saafax, Tuncia :Francine Coeytaux: 1989 .Traducida al español por
María Elena Casanova**

**39.-Guía Práctica para Orientación Alimentaria y recuperación Nutricia en
Población Infantil;Consejo nacional de vacunación;Salud del niño:
Huntos por la Salud ;Secretaría de Salud:**

**40.- Pedagogía y psicología infantil ,la lactancia: EDIIBiblioteca paractica
para padres y educadores.**



41.-Odontología Pediátrica y del Adolescente:JAMES L.Mc Donald,(h.)

42.-Tratado de Fisiología Médica: C Guyton Arturo Dr; traducida al español por Folinch Artur Dr y PI (1971):Trat .de Fisio Med(Vol II) (1028-1045)

43.-Harold I. Kaplan ; Compendio de Psiquiatria: Benjamin J Sadock."da edición. 74 y 92.

44.-Manual de Lactancia Materna para el primer Nivel de Atencion UNICEF/Dirección general de Salud Reproductiva.México Salud 2000.

45.-Manual de alojamiento conjunto y Lactancia Materna.SSA 1990: (15.)

62

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

63

TESIS CON
FALLA DE ENGEN

ANEXO No. 1
PRIMERA ENCUESTA

NOMBRE: _____ FECHA _____

DOMICILIO _____

CEDULA _____ EDAD _____ FPP _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

Instrucciones: marque con una X la opción que usted considere conveniente, si tiene dudas pregunte por favor.

- 1.- ¿ Ha recibido información sobre la Lactancia Materna?
SI () NO ()
- 2.- ¿ Quien le proporciono dicha información?
Medico () enfermera () Trabajadora Social () Familiar () otro ()
- 3.- ¿ Está hijo que lugar ocupa con respecto otros embarazos?
1º () 2º () 3º () 4º () 5º () 6º () o más.
- 4.- ¿ Ha amamantado antes?
SI () NO ()
- 5.- ¿ Desea amamantar a su hijo ?
SI () NO ()
- 6.- ¿ Conoce las ventajas de la lactancia materna?
SI () NO ()

GRACIAS por sus respuestas, es importante completar otra parte de este cuestionario después de 3 consultas con su médico familiar posteriores al nacimiento de su bebé a mas tardar en junio del 98 ,por lo que le agradeceremos que acuda entonces al servicio, si no puede hacerlo, llama al 8/25/13/18, extensión al servicio de Materno Infantil de 8 a 14 hrs y nosotros vamos a su casa.

SEGUNDA ENCUESTA

- 7.- ¿ Dónde nació su hijo?
HOS. DEL ISSSTE SANTIAGO RAMON Y CAJAL () OTRO ()
- 8.- ¿ Su bebe vive actualmente?
SI () NO ()
- 9.- ¿ cuánto tiempo amamanto a su hijo únicamente con leche materna?
NUNCA () 1 MES () 2 MESES () 3 MESES () 4 MESES ()
5 MESES () 6+ ()
- 10 Durante el tiempo que lo alimento al seno materno :
no agrego algún otro liquido ()
agrego agua o te ()
dío otro alimento diferente a la leche materna ()
combino leche materna y formula ()
- 11.- ¿Cuál es el sexo de su bebe?
MASCULINO () FEMENINO ()

¡ MIL GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

64

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla No 1 (1 de 2)

Concentrado de datos de las mujeres estudiadas.

Ob.Est.	Empleada							Tipo de Alimentación			Duración
	SI	NO	Escolaridad	Fecha de Parto	Tipo de parto	Sexo	Paridad	Lac. Ex.	Mixta	Formula	
1		x	Sec. Inc	21/03/96	C	M	1	x			9m
2		x	Bachiller	06/04/96	N	F	1	x			5m
3		x	Primaria	12/05/96	N	M	6	x			5m
4	x		Sec. Inc	27/09/96	C	M	3	x			4m
5		x	Primaria	04/10/96	C	F	6	x			4m
6		x	Bachiller	18/10/96	C	M	1	x			5m
7	x		Secundaria	05/12/96	N	M	1	x			6m
8	x		Profesionista	03/01/97	N	F	2			x	
9		x	Profesionista	19/01/97	C	M	1			x	
10		x	Secundaria	26/01/97	N	F	1	x			3m
11	x		Profesionista	30/01/97	C	M	1	x			8m
12		x	Bachiller	30/01/97	C	F	1		x		
13		x	Secundaria	09/02/97	C	F	1	x			13m
14	x		Técnico	12/02/97	N	M	1			x	
15		x	Secundaria	04/03/97	C	M	2	x			6m
16		x	Profesionista	04/03/97	C	M	2	x			10m
17		x	Técnico	13/03/97	N	M	2	x			4m
18		x	Bachiller	14/03/97	C	M	2		x		
19	x		Bachiller	18/03/97	N	F	2	x			5m
20	x		Secundaria	07/04/97	N	M	4		x		
21	x		Secundaria	08/04/97	N	F	1	x			5m
22		x	Técnico	12/04/97	C	M	2	x			6m
23	x		Profesionista	12/04/97	N	M	3		x		
24		x	Profesionista	03/05/97	N	F	2	x			5m
25	x		Profesionista	03/05/97	N	M	3	x			4m
26	x		Bachiller	09/05/97	C	M	2	x			5m
27	x		Secundaria	13/05/97	N	M	1		x		
28	x		Profesionista	16/05/97	C	M	2		x		
29		x	Técnico	17/05/97	C	M	2	x			5m
30	x		Técnico	28/05/97	N	F	3		x		
31		x	Secundaria	05/06/97	N	F	4	x			5m
32	x		Profesionista	09/06/97	N	F	1	x			9m
33		x	Técnico	14/06/97	C	F	2	x			4m
34	x		Profesionista	18/06/97	N	M	2		x		
35	x		Técnico	22/06/97	N	M	3		x		
36		x	Primaria	22/06/97	N	F	3	x			6m
37	x		Técnico	24/06/97	N	M	2	x			4m
38	x		Profesionista	26/06/97	C	F	1	x			5m
39	x		Profesionista	11/07/97	C	M	3		x		
40		x	Técnico	10/07/97	N	F	2	x			5m

INSTITUTO
 DE ESTADÍSTICA
 Y CENSOS

Tabla No 1 (2 de 2)

Concentrado de datos de posibles objetos de estudio

Ob.Est.	Empleada		Escolaridad	Fecha de Parto	Tipo de parto	Sexo	Paridad	Tipo de Alimentación			Duración
	SI	NO						Lac. Ex.	Mixta	Formula	
41	x		Profesionista	18/07/97	C	M	3			x	
42	x		Profesionista	22/07/97	C	F	1			x	
43		x	Primaria	20/07/97	N	M	4		x		
44	x		Primaria	23/07/97	N	M	7	x			6 m
45	x		Profesionista	23/07/97	N	M	3	x			4 m
46		x	Secundaria	01/08/97	C	F	1	x			9 m
47	x		Profesionista	13/08/97	C	M	2			x	
48	x		Profesionista	22/08/97	C	M	2			x	
49		x	Técnico	02/09/97	C	F	3	x			5 m
50		x	Secundaria	08/09/97	N	M	1	x			7 m
51		x	Primaria	04/09/97	C	F	5		x		
52	x		Profesionista	12/09/97	N	M	2	x			4 m
53		x	Secundaria	01/10/97	N	F	4	x			5 m
54		x	Bachiller	07/10/97	N	F	1		x		
55		x	Técnico	27/09/97	N	M	2	x			5 m
56		x	Profesionista	06/12/97	C	M	1			x	
57		x	Profesionista	07/12/97	N	F	1	x			10 m
58	x		Profesionista	13/12/97	N	M	1		x		
59		x	Bachiller	20/12/97	N	M	1	x			4 m
60		x	Secundaria	23/12/97	N	F	2			x	
61	x		Profesionista	25/12/97	C	F	1		x		

TESIS CON
PALLA DE ORIGEN