



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA SUSPENSIÓN
TEMPORAL O DEFINITIVA DE LA LACTANCIA MATERNA EN
MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DE TLAHUAC

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

ANA GABRIELA ROSILLO PAREDES

DIRECTORA DE TESIS

M. C. E. ANGÉLICA RAMÍREZ ELÍAS

MÉXICO, D. F. MAYO del 2004.



ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Y HERMANOS:

*Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer, en esta vida
de lucha y superación constante.*

*Deseo expresarles que mis ideales, esfuerzos y logros han sido
también suyos e inspirados en ustedes y constituyen el legado
más grande que pudiera recibir.*

Con amor, admiración y respeto.

ANA GABRIELA

AGRADECIMIENTO.

A dios por darme la fortaleza y la paciencia para realizar esta investigación.

A mis padres y hermanos, ellos son la fuerza que me impulsa a seguir adelante y que siempre están conmigo y me apoyaron en todo momento, en las buenas y en las malas. Por el animo que me brindaron día con día para dar lo mejor de mí.

A mis maestros que me comparten sus conocimientos y son una parte importante de mi formación académica, pero en especial a la Mtra. Angélica Ramírez Elías por asesorarme y brindarme su confianza y dedicación para realizar esta investigación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser una institución que nos brinda excelente educación y un espíritu de superación en el ámbito profesional, a millones de personas que como yo estamos agradecidos.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por ser una institución que forja profesionales de la salud para el beneficio de las personas y en especial en mi formación.

*A*l Hospital Materno Infantil de Tlahuac por haberme brindado las facilidades y apoyado para realizar esta investigación.

INDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN	1
I. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1. Descripción de la situación problema	2
2. Identificación del problema	2
3. Justificación de la investigación	3
4. Ubicación del tema de estudio	3
5. Objetivos	4
5.1 Objetivo General	
5.2 Objetivos Específicos	
II. MARCO TEÓRICO	5
1. Anatomía de la mama	5
1.1. Localización y tamaño	
1.2. Estructura de la mama	
2. Lactancia materna	6
2.1. Fisiología de la lactancia materna	
2.2. Composición de la leche	
2.3. Beneficios de la lactancia materna	
2.3.1 Para la madre	
2.3.2 Para el lactante	
2.3.3 Para la familia	
3. Suspensión de la lactancia materna	15
3.1 Definición	
3.2 Clasificación	
3.2.1 Contraindicaciones absolutas	
3.2.2 Problemas durante el embarazo	
3.2.3 Problemas durante el parto	
3.2.4 Problemas en el posparto	
3.2.5 Problemas durante la lactancia materna	
3.2.6 Problemas con el lactante	
3.3 Trastornos psicológicos posparto	
3.3.1 Depresión posparto	
4. Capacitación sobre lactancia materna	29
4.1 Técnica adecuada de amamantar	
4.1.1 Los reflejos que intervienen en la lactancia materna	
4.1.2 Posiciones para una buena lactancia	
4.1.3 Los diez pasos para una feliz lactancia natural	
4.2 Relactancia	
4.3 Información prenatal, postnatal inmediata y mediata	
4.3.1 Control Prenatal	
4.3.1.1 Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993)	

4.3.2 Puerperio inmediato	
4.3.3 Puerperio mediato	
5. Lactancia y adolescencia	41
5.1 Adolescencia	
5.2 Embarazo, parto y puerperio en la adolescente	
6. Aspectos socioeconómicos que afectan la maternidad de la madre adolescente	47
6.1 Nivel socioeconómico	
6.2 Familia	
6.3 Ley Federal del Trabajo y la madre trabajadora	
6.4 Aspectos psicosociales de la madre adolescente	
III. METODOLOGÍA	52
1. Hipótesis de trabajo	52
2. Variables e indicadores	52
2.1. Conceptualización de variables	
2.2. Operalización de variables	
2.3. Modelo de relación causal	
2.4. Tipo y diseño de la investigación	
2.4.1. Cronograma de actividades	
2.5. Técnicas e instrumentos de investigación	
IV. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA	58
1. Universo y muestra	
2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
3. Procesamiento de datos	
V. RECOLECCIÓN DE DATOS	59
1. Fuente de los datos	
2. Métodos de recolección	
VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	60
CONCLUSIONES	87
SUGERENCIAS	88
ANEXO	90
GLOSARIO DE TÉRMINOS	93
BIBLIOGRAFÍA	99

LISTA DE CUADROS

	Páginas
Cuadro N. 1 : Edad de las madres adolescentes en etapa de lactancia.	60
Cuadro N. 2 : Escolaridad de las madres adolescentes.	62
Cuadro N. 3 : Lugar de residencia de las madres adolescentes en etapa de lactancia.	64
Cuadro N. 4 : Estado civil de las madres adolescentes en etapa de lactancia.	65
Cuadro N. 5 : Ocupación de la madre en etapa de lactancia.	66
Cuadro N. 6 : El ingreso económico que perciben las madres adolescentes.	67
Cuadro N. 7 : El tipo de vivienda que habitan las madres adolescentes seleccionadas.	68
Cuadro N. 8 : La suspensión de la lactancia materna en un periodo determinado que puede afectar la lactancia materna.	69
Cuadro N. 9 : Problemas que tuvieron durante el embarazo las madres adolescentes para realizar el proceso de la lactancia materna.	70
Cuadro N.10 : Problemas que tuvieron durante el parto las madres adolescentes que les impidieron realizar adecuadamente el proceso de la lactancia materna.	72
Cuadro N. 11: Los problemas que se presentaron en el posparto tardío de las adolescentes para realizar el proceso de la lactancia materna.	73
Cuadro N. 12: Problemas con los pezones de las madres adolescentes en el proceso de la lactancia materna.	74
Cuadro N. 13: Las características de los pezones de las madres adolescentes durante la estancia en el Hospital Materno Infantil de Tlahuac.	75

Cuadro N. 14:	Características de los pezones de las madres adolescentes que se encuentran en su hogar llevando el proceso de la lactancia materna.	76
Cuadro N. 15:	Problemas con el recién nacido de las madres adolescentes para iniciar el proceso de la lactancia materna.	77
Cuadro N. 16:	Problemas del lactante en el hogar de las madres adolescentes que pueden determinar la suspensión temporal o definitiva de la lactancia materna.	78
Cuadro N. 17:	Número de consultas prenatales a las que acudió la madre adolescente.	79
Cuadro N. 18:	Orientación que recibieron las madres adolescentes sobre lactancia materna por el personal de salud en etapa prenatal.	81
Cuadro N. 19:	Número de consultas postnatales a las que acudieron las madres adolescentes.	83
Cuadro N. 20:	Personal que proporcionó orientación a las madres adolescentes sobre lactancia materna durante el periodo postnatal.	85

LISTA DE GRAFICAS

	Páginas
Grafica N. 1 : Edad de la madre.	60
Grafica N. 2 : Escolaridad de la madre.	62
Grafica N. 3 : Lugar de residencia de la madre.	64
Grafica N. 4 : Estado civil de la madre.	65
Grafica N. 5 : Ocupación de la madre.	66
Grafica N. 6 : Ingreso económico mensual que percibe la madre.	67
Grafica N. 7 : Tipo de vivienda donde habita la madre.	68
Grafica N. 8 : Suspensión de la lactancia materna en las madres adolescentes.	69
Grafica N. 9 : Problemas durante el embarazo de la madre.	70
Grafica N. 10: Problemas durante el parto de la madre.	72
Grafica N. 11: Problemas durante el posparto tardío de la madre.	73
Grafica N. 12: Problemas con los pezones de la madre.	74
Grafica N. 13: Forma de los pezones de la madre en el Hospital.	75
Grafica N. 14: Forma de los pezones de la madre en su hogar.	76
Grafica N. 15: Problemas con el recién nacido de la madre.	77
Grafica N. 16: Problemas con el lactante.	78
Grafica N. 17: Número de consultas asistidas en el control prenatal de la madre.	79
Grafica N. 18: Orientación que recibieron las madres en el control prenatal.	81
Grafica N. 19: Número de consultas que acudió la madre en el periodo postnatal.	83
Grafica N. 20: Orientación que recibieron las madres en el periodo postnatal.	85

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el alimento perfecto que la naturaleza ha diseñado para el género humano, su composición va cambiando a medida que crece el lactante, adaptándose a sus necesidades. La lactancia materna a través de un sabio proceso biológico promueve el vínculo afectivo entre la madre y el hijo ya que ofrece la oportunidad de un contacto directo y frecuente entre ambos. (Lecumberri, L., 2000)

Al iniciar la lactancia materna es común encontrar diferentes problemas que retrasan su iniciación como es el parto por cesárea, prematuridad, aspiración de meconio e hipoxia, también se presentan obstáculos como: congestión mamaria, grietas en pezones, pezones planos, por una inadecuada técnica para amamantar; situaciones que impiden un buen desarrollo e incluso originan la suspensión de la lactancia sobre todo en las madres adolescentes debido a una gama de circunstancias que van desde la poca o nula experiencia, la falta de información o el estado de salud del binomio.

En la presente investigación se pretende identificar los factores que determinan la suspensión de la lactancia materna en madres adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil de Tlahuac. El trabajo se organizó en seis capítulos para su presentación final.

El primer capítulo se presenta la Fundamentación del tema de investigación integrado por la descripción e identificación del problema, la justificación de la investigación, así como la ubicación del tema de estudio, finalmente se mencionan los objetivos tanto generales como específicos de la investigación.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico, donde se desarrolla la anatomía y fisiología de la mama, los factores que determinan la suspensión de la lactancia materna, implicaciones sociales de la madre adolescente sobre la lactancia, así como la capacitación sobre lactancia materna y finalmente el desarrollo que sufre la adolescente en esta etapa principalmente.

El tercer capítulo se aborda la metodología de la investigación haciendo referencia al planteamiento de la hipótesis, la descripción de las variables, el tipo y diseño, técnicas e instrumentos de investigación, el modelo de relación causal de las variables y el cronograma de actividades.

El cuarto capítulo hace referencia a la instrumentación estadística en donde se especifica el tamaño del universo y la muestra, así mismo se describen los criterios de inclusión, exclusión y el procesamiento de datos.

En el quinto capítulo se describen las fuentes y los métodos de recolección de los datos. En el sexto capítulo se presentan los resultados de la investigación en donde se muestra el análisis de la información representada mediante cuadros y gráficas. Por último se presentan las conclusiones y sugerencias, el apartado de anexos en donde se muestra el formato del instrumento de investigación, el glosario de términos y la bibliografía.

I. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

La leche materna es el alimento perfecto, que la naturaleza ha diseñado para el género humano. Su composición va cambiando a medida que crece el niño, adaptándose plenamente a sus necesidades, proporciona nutrientes de alta calidad que absorbe fácilmente y lo mejor es que siempre está lista, a temperatura adecuada, se digiere mejor y además es gratis. Por otro lado, el contacto físico que brinda la lactancia materna permite una intimidad especial que incrementa el vínculo afectivo.

La OMS y la UNICEF (2002), recomiendan que el ideal de alimentación infantil es que todos los bebés tomen leche materna exclusiva hasta los seis meses y sigan siendo complementarios hasta un mínimo de dos años. La lactancia materna presenta una serie de ventajas y beneficios que deben tenerse en cuenta para motivar a las madres al amamantamiento y así brindar al niño una mejor calidad de vida, salud física y emocional. Igualmente ofrece ventajas para las madres y el núcleo familiar.

Por desgracia hay factores que alteran el bienestar del binomio madre-hijo, de los cuales pueden ser en el embarazo, parto o puerperio, en el desarrollo de la lactancia materna se ve interrumpida por problemas como: congestión mamaria, pezones planos o agrietados, problemas en el lactante como: prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones, etc. Estos factores se presentan con mayor frecuencia en madres primigestas y adolescentes, estas últimas se encuentran en un periodo de cambios tanto físicos como emocionales.

En México, una quinta parte de los nacimientos son de mujeres adolescentes. La ONU (2000), menciona: que México es uno de los países donde el embarazo adolescente se presenta en niveles preocupantes. A nivel mundial el 10% de los niños que nacen son hijos de jóvenes entre 15 y 19 años de edad y en México el porcentaje se duplica al 20%, e incluso mencionan que más de un millón de pequeños mueren anualmente en el mundo por enfermedades (enfermedades del aparato digestivo y respiratorio principalmente) que pueden ser evitadas mediante la lactancia materna, pues proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y la nación.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Surge la inquietud de investigar que factores alteran el proceso de la lactancia materna en estas madres adolescentes por cual se hace esta pregunta:

¿Identificar cuáles son los factores que determinan la suspensión temporal o definitiva de la lactancia materna en madres adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil de Tlahuac?

3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En México, en 1995 se instituyó el programa "hospital amigo del niño y de la madre" certificando a los hospitales de la secretaría de salud, IMSS, ISSSTE, privados y otros, para asegurar la practica de la lactancia materna temprana. (SSA, 2003)

El Hospital Materno Infantil de Tlahuac (HMIT) fue certificado en el año 1997. Actualmente obtuvo su recertificación en el año 2000. Situación que garantiza que las mujeres que son atendidas en este centro hospitalario, reciben información y capacitación en forma oportuna para una lactancia exitosa.

El HMIT ofrece atención a población abierta, según estadísticas del hospital en el años 2002 se atendieron 4 541 partos, de los cuales 986, es decir que el 21.7% son de mujeres menores de 20 años. (HMIT, 2003)

Situación que en definitiva matiza la práctica de la lactancia materna, si se considera que la adolescencia se caracteriza por un periodo de madurez biológica y sobre todo psicológica, estudios como los realizados por: Nadia Núñez (2003), Enrique Dulanto (2000) y Martínez (1998), demuestran que la suspensión de la lactancia es frecuentes en adolescentes, Dra. Isabel Serrano afirma que problemas tales como un mal control prenatal, el bajo ingreso económico, y problemas en el embarazo, parto y puerperio, son causas de suspensión de la lactancia al seno materno en adolescentes.

La Dra. Serrano (2000) menciona: que el embarazo en las adolescentes es tanto un problema social como sanitario, debido a los cambios psicológicos que sufren las jóvenes y las complicaciones que pueden derivarse de esta situación afectando tanto a ella como a su hijo, establece que la inmadurez biológica de las jóvenes puede provocar un parto pretérmino, sobre todo en menores de quince años.

Una razón importante que empeora el pronóstico de la gestación es la ausente o deficiente vigilancia prenatal, dado que el embarazo de madres adolescentes se desarrolla en un clima de difícil aceptación y normalidad, pues existe la tendencia a ocultar la gestación y a recibir insuficientes o tardíos cuidados médicos o no los reciben nunca. Estas razones pueden explicar la mayor tendencia al parto pretérmino y otras complicaciones que incluyen la rotura prematura de membranas, las consecuencias obstétricas de la primiparidad y el abandono de la lactancia materna y hasta del propio hijo.

4. UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema que se estudia en la presente investigación se ubica en el área de:

Enfermería; ya que es una profesión que desarrolla habilidades y conocimientos teóricos prácticos para un cuidado integral del individuo en las tres esferas (biológica, psicológica y social). Ya que los cuidados que ameritan las madres adolescentes en esta etapa son de gran importancia para ella y el lactante, por que tiene que aprender a amamantar y brindarle los cuidados necesarios en lo cual el personal de enfermería

desempeña un papel de docente al impartir pláticas de carácter informativo y específicamente en la enfermería perinatal.

Pedagogía: la educación es el proceso por el cual los miembros de una sociedad aprenden su cultura y sus normas. Los programas de salud son necesarios para que los individuos conozcan, acepten y aprovechen los servicios y participen en los programas.

Psicología: cada adolescente que enfrenta el problema del embarazo, los cambios anatómicos durante este y aún más durante la lactancia, además de las influencias generadas por los familiares, tiene una manera individual de reaccionar ante el impacto psicológico que esto determina, pero existen características conductuales que se repiten con frecuencia y orientan para su evaluación clínica.

Sociología: el embarazo en la adolescente es un problema con graves consecuencias en la esfera social y familiar de los menores, incide en la reproducción de la pobreza y la marginación refuerza la cultura de la paternidad y los roles familiares tradicionales, incide en la pérdida de oportunidades de una mejor calidad de vida (educación, capacitación, empleo, ingreso), lo que afecta la autoestima y la seguridad personal de la madre para brindar una lactancia exitosa.

Salud Pública: por que requiere de la promoción y difusión de la lactancia materna en la comunidad para su buena aceptación.

Antropología: se relaciona con el comportamiento de las madres adolescentes ante el proceso de la lactancia materna debido a que hay mitos y creencias que varían de acuerdo a su cultura y familia.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que condicionan la suspensión temporal o definitiva de la lactancia materna en madres adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil de Tlahuac.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el grado de conocimiento sobre lactancia materna que adquieren las madres adolescentes en el Hospital y fuera de él.

- Identificar los elementos teórico prácticos con los que cuentan las adolescentes para la practica de la lactancia materna
- Identificar las causas posibles por las que puede haber una suspensión de la lactancia materna.
- Identificar la participación de los profesionales de la salud del Hospital Materno Infantil de Tlahuac en la capacitación para la lactancia materna en la población adolescente.

II. MARCO TEÓRICO

1. ANATOMIA DE LA MAMA

1.1 Localización y tamaño

La glándula mamaria constituye un órgano accesorio de la reproducción, están situadas sobre los músculos pectorales, debajo del tórax y unidas a ellos por una capa de tejido conectivo (fascia). En la persona adulta se extiende desde la II hasta la VI o VII costillas, transversalmente desde el esternón hasta el borde anterior de la axila.

El volumen mamario depende más de la cantidad de grasa que rodea al tejido glandular que la cantidad de tejido glandular mismo; pero generalmente presenta una forma cónica y pesa aproximadamente entre 100 y 200g. Durante el período de lactación su tamaño aumenta dos o tres veces. (Anthony C., 1996)

1.2 Estructura de la mama

Las mamas son glándulas túbulo-alveolares de secreción externa, consideradas embriológicamente como glándulas sudoríparas modificadas en su estructura y función. Cada glándula está formada por 15 a 20 lóbulos separados entre sí por tejido conectivo y adiposo. Los lóbulos se dividen en lobulillos y a su vez en pequeños racimos, cuya cara inferior está tapizada de células secretoras (alvéolos) en las cuales se produce leche materna.

La leche producida es conducida por túbulos y conductos hasta los senos lactíferos que son dilataciones de estos, localizados a la altura de la areola donde se deposita una pequeña cantidad de leche para ser extraída por la succión del niño, de ellos salen unos 15 a 20 conductos hacia el pezón.

En el centro de cada mama hay una zona circular que recibe el nombre de areola y contiene pequeños corpúsculos denominados **tubérculos de Montgomery**, que

durante la lactancia producen una secreción que lubrica la piel. En el centro de cada areola se halla el pezón formado por tejido eréctil que facilita la succión.

La mama está irrigada por las arterias mamarias internas y externas, recibe además vasos de algunas anastomosis de la arteria intercostal de la rama pectoral de la arteria acromiotorácica. Aunque posee las venas correspondientes, gran parte de la sangre venosa da inicio a venas superficiales de grueso calibre que sobre salen a través de la piel formando la red de Haller. (Pardo G., 2003)

2. LACTANCIA MATERNA

2.1 Fisiología de la Lactancia Materna

Mecanismos de la lactancia.

La lactación es regulada por el siguiente mecanismo:

1. Las hormonas ováricas, estrógenos y progesterona, actúan en las mamas y las preparan estructuralmente para secretar leche. Los estrógenos estimulan el desarrollo de los conductos mamarios. La progesterona actúa en la glándula preparada por los estrógenos y fomenta que llegue a su término el desarrollo de conductos y alvéolos, las células secretoras de las mamas. La concentración alta de estrógenos en la sangre durante la gestación inhibe la secreción adenohipofisiaria de hormona lactógena.
2. Al expulsarse la placenta después del nacimiento de l niño se elimina una fuente principal de estrógenos. La disminución rápida resultante de la concentración sanguínea de estas hormonas estimula a la adenohipófisis, que secreta hormona lactógena, los movimientos de succión del niño que se amamanta actúan de alguna manera para estimular la secreción adenohipofisiaria de hormona lactógena y la secreción de oxitocina por el lóbulo posterior de la hipófisis.
3. La hormona lactógena estimula la lactación; hace que los alvéolos secreten leche. La secreción láctea comienza aproximadamente en el tercero o cuarto día después del nacimiento del niño, y substituye a una secreción acuosa y amarillenta llamada calostro, la lactancia puede proseguir indefinidamente si la succión es repetida.
4. La oxitocina estimula a los alvéolos mamarios para expulsar la leche hacia los conductos, lo cual permite al lactante extraerla al mamar. (Anthony C.,1996)

Para que la producción de la leche sea posible es necesario el desarrollo de la glándula mamaria a través de cuatro etapas:

- A) Mamogénesis o desarrollo mamario.
- B) Lactogénesis, galactogénesis o iniciación de la secreción láctea.

- C) Eyección láctea o salida de la leche.
- D) Lactopóyesis o mantenimiento de la secreción.
- A) Mamogénesis o desarrollo mamario.

El desarrollo mamario o Mamogénesis se ha dividido entre etapas:

- ❖ Embrionario.
- ❖ Puberal.
- ❖ Gravídico.

➤ Desarrollo Embrionario

Las glándulas mamarias empiezan a desarrollarse durante la sexta semana. En el feto, la mama se desarrolla en forma de esbozo por la acción de los estrógenos placentarios y de la suprarrenal. Solo están formados los conductos principales en el momento del nacimiento y las glándulas mamarias permanecen sin desarrollarse hasta la pubertad.

➤ Desarrollo Puberal.

Al llegar a la pubertad la mama crece y se desarrolla paralelo a los demás cambios propios de esta etapa de la vida. El desarrollo ocurre por efecto de las hormonas Estrógenos y progesterona, secretadas en el ovario. Los estrógenos actúan preponderantemente estimulando los conductos lactíferos, mientras que la progesterona produce crecimiento en los alvéolos.

Existe influencia de la hormona del crecimiento STH o somatotrofina y de la hormona prolactina secretada en la hipófisis anterior. La hormona tiroxina secretada por la tiroides puede tener influencia en el desarrollo mamogénico.

➤ Desarrollo Gravídico.

Durante la gestación la mama experimenta un considerable aumento de tamaño y ocurren cambios significativos. La proliferación gravídica se da por la influencia de estrógenos y progesterona de origen placentario, por factores hipofisiarios y tiroideos semejantes a los que actuaban en la pubertad pero en menor cantidad. En esta etapa entra un nuevo elemento placentario de gran importancia llamado Lactógeno-Placentario cuya acción consiste en estimular el crecimiento de la mama.

B) Lactogénesis, galactogénesis o iniciación de la secreción láctea.

Durante el puerperio, convergen factores endocrinos que desencadenan la secreción láctea o lactogénesis, como consecuencia de la disminución de estrógenos, al presentar la salida de la placenta y la no inhibición de la función, que los altos niveles de estos venían haciendo sobre la acción de la prolactina secretada en el lóbulo

anterior de la hipófisis. Aunque la prolactina es la promotora de la lactancia, existen hormonas coadyuvantes necesarias para que se establezca la secreción (STH o somatotrofina, corticoides y ACTH). Lo anterior muestra como al desaparecer la placenta e iniciarse la succión del seno materno comienza la lactogénesis.

C) Eyección láctea o salida de la leche

La eyección se produce a través del siguiente mecanismo: alrededor de los alvéolos y conductos lactíferos existen fibras musculares que se contraen y comprimen los alvéolos haciendo que la leche contenida en su interior pase al sistema de conductos. Estas fibras musculares son estimuladas y se contraen por la acción de la hormona oxitocina liberada en el lóbulo posterior de la hipófisis posterior.

De esta manera forma en el niño el arte de mamar desencadena dos reflejos simultáneos: uno de mantenimiento de la secreción láctea o reflejo de la Lactopóyesis y otro de contracción de la musculatura lisa de los conductos o reflejo de eyección.

D) Lactopóyesis o mantenimiento de la secreción.

El mantenimiento de la secreción depende de la prolactina, de el estímulo de la succión y demás hormonas mencionadas. Entre más succione el niño (demanda), habrá mayor producción de leche (oferta) por parte de la madre. Para que se sostenga la secreción láctea es necesario que se mantenga niveles altos de prolactina, lo que se consigue con el vaciamiento adecuado y frecuente de la mama. (Pardo G., 2003)

2.2 Composición de la Leche.

La leche humana varía de una mujer a otra en su contenido de nutrimentos, también individualmente a causa de diferencias en su composición.

La composición varía según la etapa de la lactancia; en los primeros cinco días la secreción, denominada "calostro", se caracteriza por tener una mayor cantidad de proteínas y un menor contenido de grasa y lactosa, que la leche secretada después del primer mes considerada "madura". Entre el sexto día y las dos primeras semanas de nacido el niño, la secreción láctea tiene características bioquímicas que median entre el calostro y la leche madura, por lo cual se conceptúa como de transición.

Por otra parte, el calostro tiene una mayor concentración de vitaminas liposolubles y carotenoides.

Proteínas.

Las proteínas de la leche humana incluyen la caseína, las alfa albúminas, las betalactoglobulinas, las inmunoglobulinas y otros muchos compuestos proteínicos, entre estos últimos se puede mencionar la lactoferina, las lisozimas y la albúmina sérica.

La caseína forma parte de un grupo de proteínas, específicas de la leche, características por su elevado contenido de prolina y por encontrarse unidas al calcio formando complejos de caseinato de calcio y fosfatos de calcio.

En cuanto a su contenido en ácidos aminados, se tiene la certeza que la leche humana aporta el aminograma más conveniente para asegurar el crecimiento óptimo del niño, al menos durante los primeros meses de vida. La razón metionina/cisterna es dos a tres más alto en la leche humana; por otro lado la taurina se encuentra también elevada en la leche humana.

Lactosa.

La lactosa es el hidrato de carbono más importante en la leche humana; A un lado de este disacárido se han identificado pequeñas cantidades de otros azúcares como fucosa, galactosa, y vario más contenidos nitrógenos.

Este disacárido facilita la absorción del calcio y hierro, junto con el factor de crecimiento del *L. bifidos*, promueve en el intestino la reproducción de lactobacilos; por otra parte, una vez metabolizado, proporciona la galactosa requerida para la síntesis de los galactolípidos.

Grasas.

Las grasas constituyen la principal fuente de energía de la leche humana; alrededor de 50% de las calorías totales corresponden a estos nutrimentos.

Se han identificado en ella: triglicéridos, diglicéridos, monoglicéridos y ácidos grasos libres, así como también, fosfolípidos, glucolípidos esteroides y vitaminas liposolubles.

Los triglicéridos son los compuestos que predominan en la leche, encontrándose dispersos en ella formando pequeños glóbulos de grasa bajo el efecto de algunos fosfolípidos.

La presencia de una lipasa, que es activada por las sales biliares, facilita la hidrólisis de los triglicéridos de la leche humana y consecuentemente la absorción de la grasa se lleva a cabo en forma mas eficiente. (May, 2000)

Minerales

El bajo aporte de fósforo (P) y calcio (Ca) en la leche humana, obedece en gran parte a su menor contenido en caseína. La razón Ca/P varía de 1.8 a 2.4, con valores absolutos que van de 20 a 34 mg/dl para calcio y de 14 a 18 mg/dl para el fósforo.

La concentración plasmática del calcio disminuye de 10.4 mg/dl a 8.5 mg/dl, entre el nacimiento y el cuarto día de la vida; de manera opuesta el nivel de fósforo se

eleva durante este lapso.

Osmolaridad

El sodio (Na), el potasio (K) y el cloro (Cl.), además de la lactosa, son los principales responsables de la osmolaridad de las leches.

Si bien la leche humana tiene una mayor concentración de lactosa, es mas baja en su contenido en iones de sodio, potasio y cloro, que la leche de vaca, es así como la osmolaridad en esta última llega a ser de 300 mOsm, mientras que la primera tiene 285 mOsm.

Tanto la concentración de proteínas como de iones (Na, K y Cl) es tres veces más alto en la leche de vaca; esta circunstancia determina que la carga de solutos que recibe el riñón, sea tres veces mas elevada cuando un niño es alimentado con esta leche. (Vega, L., 1997)

Vitaminas

La alimentación al seno, de manera exclusiva, permite a los niños nacidos a término de madres bien alimentadas, un crecimiento satisfactorio durante los primeros cuatro meses de vida, cabe suponer que cuando menos durante esta etapa las vitaminas que existen en la leche humana cubre de manera adecuada las demandas del organismo en crecimiento.

La leche humana tiene una mayor concentración de vitamina A, ácido ascórbico y vitamina E, esta última se encuentra en una proporción adecuada con los ácidos grasos no saturados. Por su parte la leche de vaca tiene un mayor contenido de vitamina del complejo B (B₁, B₂, B₆ y B₁₂). En el mismo sentido, la menor concentración de vitamina K es compensada con la producción de aplicación parenteral de vitamina K al momento de nacer el niño, evita en él la deficiencia. Dada la reducida concentración de vitamina D en la leche humana, es recomendable que el niño sea expuesto diariamente al sol. (May, 2000)

Protección al niño ante agentes biológicos

➤ Factor de crecimiento

El descubrimiento en la leche humana de un factor que promueve el crecimiento de *Lactobacillus bifidus*. El elevado contenido de lactosa y la reducida concentración de proteínas en esta leche, propician el crecimiento de estos bacilos; esta circunstancia da lugar a la producción de ácidos orgánicos y consecuentemente a la acidez característica de las evacuaciones de los niños alimentados al seno. El medio ácido generado por estas bacterias impide que los *E. coli* colonicen con facilidad el intestino ejerciéndose así probablemente un efecto protector para el niño.

➤ Inmunoglobulinas

Aun cuando todas las inmunoglobulinas identificadas en la sangre se han encontrado presentes en la leche humana, IgA secretoria tiene particular relevancia.

Durante la fase inicial de la secreción láctea, conocida como **calostro**, estos compuestos proteínicos se encuentran presentes en concentraciones más elevadas, a partir del nacimiento se establece en el calostro una reducción progresiva en el contenido de IgA, de IgG y de la IgM, las inmunoglobulinas la IgA es la que tiene una mayor concentración en la leche madura. Solo 5% de la IgA se encuentra en la leche en forma de monómeros, el resto de esta inmunoglobulina está constituida por dos monómeros unidos por una cadena peptídica y un polipéptido conocido como componente secretor; mediante esta conformación química la IgA secretoria es resistente a la elevada concentración de hidrogeniones del estómago y al efecto de de la pepsina y de las enzimas proteolíticas del páncreas.

La IgA secretoria de la leche humana provee anticuerpos contra una amplia variedad de bacterias y virus, que incluyen salmoneras, shiguelas, difteria, enterotoxinas de *E. coli* y *V. cólera*, rotavirus y algunos otros enterovirus. Se ha observado que los anticuerpos de la IgA secretoria interfieren con la adhesividad de las bacterias a las células epiteliales de las mucosas.

Lactoferrina

La leche humana es rica en lactoferrina, la cual es una proteína que tiene particular afinidad por el hierro. La acción quelante de esta proteína se traduce en un efecto bacteriostático para las *E. coli* y la *C. albicans*. Dado que la lactoferrina de la leche humana se encuentra no saturada, se ha postulado que *in vivo* ejerce también su efecto antimicrobiano.

La concentración de la lactoferrina de la leche en el calostro es alrededor de 600 mg/dl, disminuyendo alrededor de 150 mg/dl al término del primer semestre de la lactancia. (Vega, L., 1997)

Lisozima

La Lisozima es otra proteína que se encuentra una concentración elevada en la secreción láctea; al parecer su efecto bactericida sobre la *E. coli* está estrechamente relacionado con la IgA secretoria y el complemento. Su presencia en las heces de niños alimentados al seno hace suponer que esta proteína no es metabolizada en el intestino y puede ejercer un efecto protector contra algunas bacterias. (May, 2000)

Lactoperoxidasa

La peroxidasa es parte del sistema antibacteriano presente en la leche, pero su acción protectora es menor. La actividad de esta enzima en la saliva de los niños recién nacidos es mayor que en la leche humana.

Proteínas de enlace

Se han identificado en la leche de la mujer ciertas proteínas que se enlazan con el ácido fólico y la vitamina B₁₂, inhibiendo *in vitro* el crecimiento de bacterias dependientes de estas vitaminas.

Complementos

Los factores C₄ y C₃ están también presentes en la leche humana, aun cuando su concentración es menor que en el suero. La acción antimicrobiana ejercida por estos componentes del sistema de complemento, no ha sido aún bien determinada en la leche; se supone que la activación de C₃ debe ser potencialmente importante, debido a sus propiedades anafilatóxicas opsónicas y quimiotóxicas. (Vega L., 1997)

2.3 Beneficios de la Lactancia Materna

La lactancia materna presenta una serie de ventajas y beneficios que deben tenerse en cuenta para motivar a las madres al amamantamiento y así brindar al niño una mejor calidad de vida, salud física y emocional. Igualmente ofrece ventajas para las madres y el núcleo familiar.

2.3.1. Para la madre

- ⇒ Favorece la involución uterina por acción de la oxitocina, previniendo la hemorragia posparto.
- ⇒ Ayuda a la recuperación de la figura corporal (pierde peso con mas rapidez)
- ⇒ Se presenta menor incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino. Esta demostrado que con periodos prolongados de lactancia materna, se disminuye la incidencia de ellos antes de la menopausia.
- ⇒ Favorece el espacimientto de las gestaciones si se lleva a cabo lactancia materna exclusiva, a libre demanda (día y noche) y se mantiene en amenorrea. Si se cumplen estas condiciones la lactancia natural confiere más del 98% de protección de un nuevo embarazo durante los primeros cuatro meses del puerperio. (Pardo G., 2003)
- ⇒ Favorece la relación madre-hijo, ayudando a establecer un estrecho vínculo afectivo.
- ⇒ Favorece los sentimientos de plenitud y su realización como madre.
- ⇒ Desde el punto de vista psicológico se culmina el "cielo sexual" iniciado con el desarrollo y maduración de los órganos sexuales y la menarquia.

- ⇒ Los cambios hormonales que acompañan a la lactancia inhiben la ovulación. Esto ocurre solamente si la alimentación complementaria. La duración del retraso depende del tiempo que la madre amamante a su hijo. (Lecumberri, L., 2000)

2.3.2 Para el lactante

- ⇒ Superioridad nutricional: se adapta a las necesidades específicas del lactante, aporta los nutrientes necesarios tanto en cantidad como en calidad para proporcionar al niño un adecuado crecimiento y desarrollo.
- ⇒ Disponibilidad inmediata y temperatura ideal.
- ⇒ Favorece la maduración del sistema nervioso central: contiene taurina y cistina (aminoácidos esenciales para el desarrollo del cerebro). Se ha descrito la actividad en este mismo sentido de ácidos grasos como el linolénico y de sus dos metabolitos, ácido araquidónico y docosa-hexanóico que interviene directamente el desarrollo del sistema central.
- ⇒ Apoyo inmunológico específico que da protección pasiva, pues la madre le trasfiere su inmunidad activa a través de la inmunoglobulina A y de los demás componentes.
- ⇒ Ausencia de la agresión físico-química y antigénica. No produce procesos alérgicos ni irritación de la mucosa, por ser un fluido corporal y porque los nutrientes están adaptados a sus necesidades.
- ⇒ Interviene en la maduración del tubo digestivo a través de elementos como la inmunoglobulina A, el tipo de proteína, el lactobacillus bifidus y el factor de crecimiento epidérmico.
- ⇒ Facilita el vínculo psicoafectivo madre-hijo.
- ⇒ Desarrollo de su aparato motor-oral estableciendo patrones de succión-deglución, que intervienen las habilidades posteriores de alimentación y lenguaje.
- ⇒ En el niño alimentado al seno, se disminuye la incidencia de problemas de ortodoncia.
- ⇒ Previene la malnutrición (desnutrición y obesidad).
- ⇒ Disminuye la incidencia de diarrea y de infecciones respiratorias de alta biodisponibilidad y por tener otros factores como cobre y folatos.
- ⇒ Los niños alimentados con leche materna, presenta cocientes intelectuales más

altos.

- ⇒ La leche materna posee factores contra las amibas, giardia, cólera y moniliasis e interferón que protege contra infecciones por virus.
- ⇒ Disminuye la incidencia de caries dentales.
- ⇒ Protege los oídos (otitis media).
- ⇒ Cuando mayor sea la frecuencia de las tomas en las primeras 24 horas, menor será la aparición de ictericia.
- ⇒ Promueve la estimulación temprana y el desarrollo sensorial.

2.3.3. Para la familia

- ⇒ Es más económica (La alimentación de un niño de 6 meses con leche de fórmula puede costar la mitad de un salario mínimo mensual).
- ⇒ Esta siempre lista; no requiere de preparación.
- ⇒ Esta siempre a la temperatura ideal.
- ⇒ Es estéril por lo que no hay peligro de contaminación.
- ⇒ Favorece la alimentación nocturna.
- ⇒ Mejora la integración familiar.
- ⇒ Mejora la supervivencia infantil
- ⇒ No se incrementan los gastos de la canasta familiar y los de salud, que repercuten en la economía del estado. (Pardo G., 2003)
- ⇒ La lactancia materna es beneficiosa emocional y nutricionalmente para toda la familia, por lo tanto es fuente de salud.
- ⇒ Las familias con niños que reciben lactancia materna se ahorran no sólo el costo de la leche artificial y el equipo que este requiere, sino también los costos de exámenes médicos, gastos en medicamentos, hospitalización, etc. (Lecumberri, L., 2000)

3. SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

3.1 Definición

Es la interrupción temporal o definitiva de la alimentación del recién nacido al seno materno.

Se define como **suspensión temporal** al periodo de tres días a veinte días de no amamantar al lactante y **suspensión definitiva** es el periodo de treinta a más días sin amamantar al lactante.

3.2 Clasificación

3.2.1. Contraindicaciones absolutas

1. Tuberculosis cavitaria abierta. Estas madres deben aislarse de sus hijos hasta que cure la caverna. Debido a informes con respecto a la isoniacida (INH) es un riesgo potencial contra los beneficios de la lactancia materna.
2. Paludismo
3. Neurosis o psicosis grave
4. Enfermedad crónica grave de la madre que provoque desnutrición.
5. Cualquier enfermedad materna que requiera el uso continuo de medicamentos contraindicados durante la lactancia (anticancerosos, antitiroideos, altas dosis de esteroides, alcoholismo crónico, dependencia a la heroína).
6. Mujeres con exposición profesional constante a plomo, arsenicales, mercuriales, pesticidas o bifenilos policlorados.
7. Errores congénitos del metabolismo que requieran que el lactante se alimente con formulas especiales.
8. Fibrosis quística (concentraciones muy elevadas de sodio en la leche de una madre con fibrosis quística).
9. Hepatitis materna activa durante el periodo de lactancia (se encuentra el antígeno de superficie de la hepatitis B en la leche materna).
10. Galactosemia (consiste en un error del metabolismo de los carbohidratos y se hereda como un trastorno autosómico recesivo. La galactosa se acumula en la sangre afectando a varios órganos como hígado, bazo, cerebro).
11. Las madres con cáncer de seno, infecciones por citomegalovirus, y las infectadas

con virus de inmunodeficiencia humana, madres con enfermedad tiroidea. (Lacerva V., 1990)

3.2.2. Problemas durante el embarazo

Algunas gestaciones pueden verse amenazadas por complicaciones que son peculiares al estado de gravidez, las cuales pueden representar un riesgo significativo para la madre, el feto o ambos, como son:

- Prematurez
- Bajo peso al nacer
- Sufrimiento fetal
- Retraso mental
- Sepsis neonatal y materna
- Asfixia perinatal
- Operación cesárea

Los problemas que se presentan en tercer trimestre del embarazo son un riesgo eminente para que se presenten las anteriores situaciones; estos problemas son:

- Parto prematuro
- Trabajo de parto prematuro
- Gestación múltiple
- Hidramnios
- Anomalia uterina
- Dilatación cervical (>1cm) a las 32 semanas
- Borramiento cervical (<1cm de largo) a las 32 semanas
- Embarazo postérmino
- Hemorragia del tercer trimestre como:
 - ⇒ Desprendimiento prematuro de la placenta
 - ⇒ Placenta previa
- Preeclampsia

Las situaciones en las cuales el feto está en riesgo, por lo cual hay sospechas de la salud del feto y la unidad útero-placentaria, por lo cual alteran el proceso de una lactancia materna exitosa.

3.2.3. Problemas durante el parto

El trabajo de parto anormal se define como cualquier variación en el patrón normal de dilatación cervical o descenso de la parte de presentación fetal. La identificación de un trabajo de parto normal requiere una evaluación de las fuerzas (función uterina y esfuerzos de expulsión, el pasajero (el feto), y el pasaje (la pelvis).

1. Anormalidades de la **primera etapa del trabajo de parto**. Cada fase del trabajo de parto se puede complicar por un progreso más rápido de lo normal (trastorno precipitado); progreso más lento de lo normal (trastorno prolongado), o cese completo del progreso (trastorno de paro).
2. Anormalidades de la **segunda etapa del trabajo de parto**. La dilatación completa significa la segunda etapa del trabajo de parto. Las anomalías en esta etapa con frecuencia son el resultado de anomalías en el descenso de la parte en presentación. Debido al aumento en las segundas etapas extendidas del trabajo de parto, hay un incremento en la incidencia de partos con fórceps y operaciones cesáreas.

La presencia de gestación múltiple, placenta previa, operación clásica previa, feto macrosómico, o feto con retraso del crecimiento intrauterino. La cirugía uterina previa (por ejemplo miomectomías simples y operaciones cesáreas trasversas bajas), oligohidramnios, y trabajo de parto activo, las complicaciones asociadas con las versiones externas incluyen desprendimiento prematuro de la placenta, rotura prematura de las membranas, accidentes del cordón, lesiones fetales y sufrimiento fetal.

3. Anormalidades de la **tercera etapa del trabajo de parto**. Se produce hemorragia posparto en cerca del 15 a 8% de los partos a término.
 - Atonía uterina que puede ser secundaria al trabajo de parto prolongado, distensión uterina o anestesia excesiva.
 - Laceración del conducto
 - Complicaciones con separación de la placenta
 - Placenta previa
 - Inversión o rotura del útero
 - Tumores del útero o del cuello uterino
 - Trastornos hematológicos (Brown J., 1995)

3.2.4. Problemas en el posparto

Aunque el periodo posparto inmediato no suele presentar complicaciones, y los cambios anatómicos y fisiológicos normales regresan fácilmente, este periodo puede marcarse por complicaciones médicas graves.

1. Hemorragias posparto

La hemorragia posparto se define como una pérdida total de sangre de más de 500ml durante el parto, o dentro de las primeras 24 horas posparto. Si se considera que el lecho placentario recibe cerca de 600ml/min. De flujo sanguíneo, puede producirse una pérdida de sangre aguda y excesiva con cualquier demora significativa

en la contracción uterina posterior a la separación placentaria. La atonía uterina o falta de contracción eficaz del útero después del parto, es la causa más frecuente de hemorragia posparto. (Brown J. 1995)

2. Infecciones puerperales

Fiebre puerperal es causada por una infección, generalmente estreptocócica que se origina en el conducto del nacimiento y afecta al endometrio. Esta infección se disemina en todo el cuerpo provocando septicemia. Los síntomas preliminares son fiebre, escalofríos, sangrado excesivo, loquios malolientes y dolor abdominal y pélvico. En las etapas agudas, el dolor se disemina hasta llegar a piernas y tórax. Otras causas que incluyen infección son vías urinarias, o sitios de episiotomía, mastitis o complicaciones de anestesia, las complicaciones son graves o mortales.

El tratamiento consiste principalmente en administración de antibióticos que casi siempre eliminan rápidamente la infección. Si la enfermedad ha alcanzado un estado agudo antes del inicio del tratamiento, son necesarias las transfusiones sanguíneas. (Weller. 1997)

3. Enfermedades trombo-embólica

Es la causa no obstétrica principal de la muerte posparto, pero es una enfermedad en la cual la detección y tratamiento tempranos pueden mejorar considerablemente los resultados.

Durante el puerperio, la aparición de trombosis venosa profunda se ve con más frecuencia dentro de los tres días posteriores al parto, pero puede producirse tan tardíamente como un mes después de éste. (Brown J. 1995)

4. Operación cesárea

Operación quirúrgica por cuyo medio nace un feto mediante un corte de la pared abdominal y del útero, después de 28 semanas de gestación. La cesárea está indicada cuando se presentan distocia, preeclampsia, hemorragia por rotura de la placenta o placenta previa, sufrimiento fetal y presentación de nalgas.

La frecuencia de la cesárea ha aumentado probablemente debido al desarrollo de procedimientos anestésicos y quirúrgicos seguros y a un mejor control del feto, lo cual puede advertir al obstetra la existencia de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto. Cuando este último se prolonga constituye una grave amenaza tanto para el feto como para la madre. En tales casos, la operación cesárea evita lesiones encefálicas y de otros tipos.

El nacimiento normal por vagina es preferible a la cesárea, pero cuando la madre o el feto están en peligro, el procedimiento quirúrgico proporciona una alternativa

relativamente segura, en comparación con un trabajo de parto prolongado y con el uso de fórceps. Los casos subsecuentes de trabajo de parto y parto se pueden realizar por vía vaginal después de una cesárea y con un mínimo de riesgo siempre y cuando se seleccione cuidadosamente a las pacientes y se les vigile muy de cerca durante el parto. (Weller. 1997)

Los cuidados posparto de la paciente después de la operación cesárea requieren no sólo atención a los cambios puerperales normales, sino también atención especial a temas generales de cuidados después de cualquier procedimiento abdominal de orden mayor.

La paciente requiere observación cuidadosa en el periodo postoperatorio inmediato. Se evalúan cada 15 minutos los signos vitales, gasto uterino y cantidad de hemorragia vaginal. Debe presentarse atención especial al grado de tono uterino y a la presencia de pérdida sanguínea vaginal intensa.

La medicación adecuada contra el dolor ayudará a la paciente a realizar la ambulación temprana, respiración profunda y establecimiento temprano de lazos afectivos entre la madre y el lactante. (Brown J., 1995)

3.2.5. Problemas durante la lactancia materna

1. Congestión mamaria

La leche suele aparecer en gran cantidad dos o tres días después del parto; la sensación que tiene la madre es que sus mamas están duras, calientes, tensas y con piel brillante en el momento de la bajada de la leche. Esta situación es más frecuente cuando no ha existido el inicio precoz de la lactancia materna o cuando se separa a la madre de su hijo los primeros días después del nacimiento. Se presenta entre las 48 y 72 horas posparto. Pueden tener elevación de la temperatura y hasta escalofríos aislados. (Pardo G., 2003)

Estos síntomas se deben en parte a un aumento de la cantidad del líquido sanguíneo y tisular de los pechos, el cual disminuye espontáneamente después de varios días. Se debe también a un exceso de leche porque al principio la producción no se ajusta correctamente a la demanda y muchas veces hay leche suficiente para dos niños.

La respuesta más simple a este problema de la congestión es sacar el exceso de leche lo cual alivia inmediatamente el dolor y los otros síntomas, la producción de leche disminuye en una o dos semanas para ajustarse a la demanda del niño, además de que aumentan las necesidades del niño y este mejora su eficiencia para mamar. (Helsing E. 1983)

2. Hipogalactia

Así como al principio algunas madres tienen demasiada leche cuando sus pechos aun no se ajustan a la demanda, hay otras con muy poca leche. Muchas de ellas tienen suficiente y pueden alimentar a su niño normalmente al cabo de dos semanas.

Sin embargo, durante esas pocas semanas en que ella espera que le aumente su leche, tiene una necesidad especial de apoyo, aliento y supervisión para que no se dé por vencida. Si en tales circunstancias el niño pierde mucho peso (más del 10% de su peso al nacer) o muestra signos de deshidratación, se le puede dar leche humana extraída de otras madres. Cuando no se dispone de ésta, se le puede dar una fórmula suplementaria cuidadosamente controlada. (Helsing E., 1983)

3. Características de los pezones

La mayoría de los niños maman fácil y naturalmente, pero en ocasiones parece que necesitan "aprender a hacerlo". El niño mama por un reflejo con el cual nace, para iniciar el reflejo de succión, algo debe tocar el paladar duro del niño, normalmente es el pezón el que lo incita, pero para lograrlo debe penetrar bien en la boca del niño. Si el pezón es corto podría no encontrar lo suficientemente largo para iniciar el reflejo, así como este problema hay muchos que complican el buen desarrollo de la lactancia materna, los problemas siguientes pueden presentarse cuando la madre se encuentra lactando. (Helsing E., 1983)

a) Pezones planos o invertidos

Los pezones invertidos pueden diagnosticarse apretando la areola entre el índice y el pulgar: un pezón plano o normal protuye, mientras que un pezón invertido se retrae.

Se sabe que el pezón no interviene directamente en el mecanismo de succión. Su función es simplemente estimular el reflejo de búsqueda en el niño al rozar las mejillas, por lo que su forma no debería tener trascendencia.

La habilidad del niño para succionar eficazmente viene determinada por protactibilidad del tejido del entorno del pezón. Muchas mujeres que no pudieron amamantar a su primer hijo, por tener pezones planos o invertidos, no tuvieron problemas con el segundo niño, pues tras dos embarazos el pecho cambia, suele estar más blando y modelable. Pero aunque se trate de mamas turgentes y poco protáctiles, con una asistencia adecuada en la colocación del niño los primeros días, se puede garantizar el éxito.

El manejo de los pezones planos es el siguiente.

- Tratar de manipular un poco el pezón para hacerlo más erecto y fácil de agarrar.
- A veces conviene sacar algo de leche para que el pecho se haga un poco más suave. Se puede sacar manualmente o con un tiraleche manual o eléctrico.
- Con suavidad y paciencia, poner al niño al pecho para que una vez más tratar de agarrar, recordando que tanto el pezón como la areola deben entrar muy bien en

la boquita del niño; sosteniendo firmemente contra el pecho. El pecho podría taparle la nariz al niño, la madre debe separar con sus dedos la porción del pecho que cubre la nariz pero no que aleje la cabeza del niño. (Newman J. 2000)

b) Pezones muy largos

A veces los pezones son muy largos, llegan a medir en reposo más de dos centímetros. Pueden alterar la lactancia ocasionalmente ya que el niño al succionar los estira más, provocándole náuseas y vómito por estímulo del paladar blando o parecerá que lo atraganta.

Su manera de reaccionar puede ser luchando; al llevarlo al pecho voltear la cabeza, llora y mueve los brazos y piernas. Esto se puede corregir alejando al niño un poco del pecho. (May. 2000)

c) Pezones irritados

Los pezones de la madre pueden irritarse en cualquier época de la lactancia, pero es más común en las primeras semanas.

La irritación puede deberse a las siguientes causas:

- La exposición repentina a la acción de mamar, para la que no estaban acostumbradas.
- Una técnica defectuosa para la lactancia.
- Dejar que el niño mame mucho tiempo durante los primeros días.
- Es más probable que haya dolor cuando los pechos están congestionados.
- Cuando los pezones están planos y es difícil que el niño se prenda de ellos apropiadamente.

Los pezones irritados con frecuencia están enrojecidos sin heridas impresionantes, pero como están enrojecidas muy bien dotados de fibras nerviosas, hasta lesiones más pequeñas pueden resultar extremadamente dolorosas. El dolor es peor cuando el niño empieza a mamar al iniciarse la tetada por que estira la piel, aminorar a medida que presigue especialmente después de que empieza a funcionar el reflejo de eyección y mana la leche. Dicho problema no dura más de una semana (aunque en tales circunstancias una semana es mucho tiempo).

Hay varios tipos de irritación de los pezones, debido a la mala posición (erosión, la ulceración (grietas), la dermatitis y la psicósomática, el tipo más común es la posicional), Gunther describe la irritación de los pezones, consiste en una hinchazón o de pequeños escurrimientos de sangre bajo la piel generalmente en banda de un lado a otro del pezón.

Estos son fáciles de prevenir, que de curar, por cual se insiste en examinar los pezones. Si son cortos o planos hay que procurar que la madre se los jale o que use pezoneras, sosteniendo al niño más cerca para que la barba de este toque el pecho de tal manera que tanto el pezón como la areola puedan penetrar completamente en la boca del niño.

Si esto no resulta y se empiezan a irritar los pezones hay varias recomendaciones:

- ⇒ La curación se acelera cuando se le dan al niño tetadas cortas y frecuentes ya que si se deja que salga una costra en la lesión volverá a agrietarse tan pronto como el niño comience a mamar.
- ⇒ Hay que hacer que el niño reciba primero el pecho menos afectado.
- ⇒ Cambiar la posición en la que se acostumbra a dar de mamar. De este modo, las partes del pezón sujetas a más trauma durante el acto de mamar cambian.
- ⇒ Entre una y otra tetada la madre puede aplicarse una capa ligera de alguna pomada grasosa sobre el pezón, está da alivio sintomático casi siempre.
- ⇒ Nunca hay que aplicar tintura de benjuí, ni antisépticos quirúrgicos pues causan dolor severo y pueden dañar aún más la piel del pezón.
- ⇒ Si el pezón se torna particularmente dolorosa, podría ser necesario suspender temporalmente la lactancia hasta que las lesiones respondan al tratamiento, para evitar que se forme un absceso. (Newman J., 2000)

d) Algodoncillo (aftas)

Algodoncillo: infección de las membranas de la mucosa bucal por el hongo "*Cándida albicans*". Se caracteriza por placas blancas en una superficie húmeda, enrojecida e inflamada; esto ocurre en cualquier parte de la boca, incluyendo la lengua, aunque por regla ocupa la mucosa de las mejillas. Las placas se acompañan de manera ocasional de dolor y fiebre. En lactantes, se distinguen de la leche cuajada por las áreas enrojecidas y húmedas que aparecen cuando se limpian. Los más susceptibles son los lactantes alimentados de modo artificial y los adultos en condiciones de debilidad por infecciones.

Cualquier lactante que tenga garganta inflamada y muestre incomodidad al ser alimentado quizá tenga algodoncillo oral o anal. Si las manchas que aparecieron permanecen sin tratamiento, es posible que lleguen a ser más grandes y se esparcen juntos, y también se diseminan a otras partes del aparato gastrointestinal. Por lo general, in exantema eritematoso en la zona de contacto con el pañal que se acompañe de pequeñas pústulas con puntos blancos se deben a la *Cándida albicans*. Es probable que el algodoncillo ocurra durante el embarazo debido a la alteración del PH vaginal y se trata antes del parto para evitar infección cruzada hacia el producto.

El algodoncillo se trata con antibióticos y fungicidas. Las mejores medidas preventivas incluyen la buena salud general, una dieta bien balanceada e higiene adecuada de la boca. (Weller. 1998).

e) Grietas en el pezón

Dar el pecho tiene que ser algo placentero. No tiene por que molestar, si el pezón duele es por que no está en su sitio. Si no se corrige la postura acaban apareciendo grietas en el pezón que si no se curan puede acarrear otros problemas.

La mejor solución para las grietas es prevenirlas y una buena postura tanto de la madre como del lactante es la solución. Si ya han aparecido buscar una postura mejor y ponerse un poquito de su propia leche sobre el pezón. Recordar, no hace falta que se lave el pecho cada vez que amamante. Entre toma y toma mantener los pezones bien secos. No usar nunca cremas, ni pomadas, los pezones ya segregan su propia secreción natural, que es la que los mantiene en buen estado. (Weller. 1998)

Una grieta puede tardar en sanar, especialmente si se complica con infecciones por *Cándida albicans*. Podría ser necesario dejar de amamantar al niño y sacarse manualmente la leche, baja el nivel de producción de leche pero aumenta cuando los pezones cicatricen y el niño vuelva a mamar intensivamente. (Helsing E., 1983)

f) Dermatitis del pezón

Es una condición que se puede presentar algunas veces, el pezón se aprecia rojo e inflamado y la madre siente dolor todo el tiempo que el niño está al pecho y no solamente al empezar a mamar. Puede tratarse de una reacción alérgica o algo que la mama se aplique en el pezón, pomadas, detergentes usados en su ropa.

El tratamiento es quitar la sustancia irritante si se identifica, conviene aplicar crema de esteroides (hidrocortisona), 5% durante unos días no más de una semana, la madre debe quitarse la crema antes de cada tetada o de sacarse leche, así evita que esta poderosa hormona pase al niño.

g) Dolor por causas psicossomáticas

Se ha observado esta condición cuando la madre consciente o inconscientemente asocia las mamas o el acto de dar de mamar con algún recuerdo o sentimiento desafortunado, como la ambivalencia de sus propios sentimientos con respecto a la maternidad al examinar los pezones palidecen y luego de repente enrojecen para volver a palidecer, la madre siente dolor en el pezón cuando le da el pecho al niño y todo el tiempo mientras el niño mama.

El tratamiento consiste en encontrar la causa de la angustia de la madre, otras veces el problema es tan grande que no puede resolver con la rapidez suficiente y llega a impedir una lactancia satisfactoria. (Pardo G., 2003)

4. Mastitis

Es una inflamación de la mama hay dos tipos de mastitis aguda asociada a la lactancia.

- Mastitis superficial
- Mastitis intramamaria aguda

Mastitis superficial es una infección de la piel de la mama, generalmente por estafilococos, se inicia como una pequeña zona enrojecida y dolorosa en la piel. La zona crece y se convierte en una inflamación que finalmente se convierte en un absceso, puede ocurrir cuando la madre se esta sacando la leche sin la debida higiene.

Una manera de prevenir la mastitis es que la madre use un jabón desinfectante para lavarse todo el cuerpo con excepción de los pezones.

Intramamaria aguda. El tejido glandular de la mama se inflama, es más común durante las primeras semanas de la lactancia antes del quinto día después del parto cuando hay una sobre producción de leche y están congestionadas.

La madre nota que una parte de su pecho se ha vuelto dolorosa, sensible y dura y que la piel subyacente está enrojecida. A veces sufre una fiebre transitoria. Si no se trata pronto la invasión de bacterias proliferan y se da una infección, el dolor y la sensibilidad empeoran y se extienden, la fiebre retorna y forma un absceso empeorando la condición de la madre por lo que se puede suspender temporalmente la lactancia materna.

La mastitis se puede prevenir si se tiene cuidado suficiente de los pechos de la madre en las primeras etapas de la lactancia. Hay que evitar que se queden llenos de leche, que se tapen los conductos pues predisponen la mastitis.

Para esto hay que dar tetadas grandes con frecuencia, hacer una extracción manual de la leche para quitar cualquier sobrante que cause incomodidad en los pechos. (Helsing E., 1983)

3.2.6 Problemas con el lactante

1. Lactante prematuro y de bajo peso al nacer

Recién nacidos prematuros son los que nacen antes de las 37 semanas de gestación. Su peso, talla y desarrollo están dentro de los límites normales para su edad gestacional.

Recién nacidos con peso subnormal son los que habiendo nacido a término o prematuros, tienen un peso menor del que se espera para su edad gestacional debido a que tienen una falla en su crecimiento, (aproximadamente <2500 gr.).

Dado que la succión del prematuro es poco vigorosa y se presenta inmadurez, incoordinación de los mecanismos de succión-deglución. Estos niños pueden y deben

ser alimentados con el calostro y la leche extraída de la madre inmediatamente después del parto.

La sobrevivencia de los leucocitos en la leche humana es mejor cerca de la temperatura corporal normal. Si la leche ha de contener leucocitos viables y aptos para la fagocitosis no deberá emplearse el tratamiento con calor ni congelamiento.

Las ventajas de la lactancia materna en lactantes prematuros:

- ⇒ Puede ser menos frecuente la enterocolitis necrosante en lactantes amamantados.
- ⇒ La leche humana tiene contenido alto de cisteína, la cual el prematuro puede tener dificultades para producir a partir de las metionina de la dieta.
- ⇒ La frecuencia alta de tirosinemia transitoria en los lactantes alimentados con fórmula se evita mediante el uso de leche humana.
- ⇒ La frecuencia alta de mala absorción de grasa en los prematuros que toman ciertas fórmulas también se puede evitar usando leche humana.
- ⇒ La ausencia de proteínas extrañas en la leche humana hace que su uso en el lactante prematuro sea muy importante debido a que el tubo digestivo de estos niños es permeable en extremo.

En los niños de bajo peso al nacimiento, por lo general con edades gestacionales de menos 34 semanas, no debe intentarse de inmediato la alimentación materna.

El esfuerzo en sí consume demasiadas calorías y los lactantes de esta edad tienen un escaso control de su temperatura, ya que casi siempre deben permanecer en una incubadora.

Manejo que se deberá realizar en el lactante prematuro.

- ⇒ Enseñar a la madre las técnicas de amamantamiento teniendo en cuenta las características especiales del niño prematuro.
- ⇒ Lactancia materna a libre demanda.
- ⇒ Enfatizar a la madre la importancia de ofrecer el seno con mayor frecuencia al prematuro, utilizando el suplementador de crianza (si es necesario), así estimulará el reflejo de succión en el niño y aumentará la producción de leche materna.
- ⇒ Suministrar al prematuro leche materna utilizando taza o cuchara como complemento de cada toma, especialmente la leche del final.

⇒ Controlar ganancia de peso diario.

2. Lactante con labio y/o paladar hendido

Labio hendido

Es la falta de fusión adecuada del labio superior. Puede ser unilateral o bilateral, observándose con mayor frecuencia la forma unilateral en el lado izquierdo. Puede combinarse con fisura del paladar.

Paladar hendido

Las fisuras palatinas pueden ser simples, estar situadas en la línea media o combinarse con labio fisurado. Lo más grave consiste en fisuras que corren hacia delante desde el paladar blando a los dos lados de paladar duro y se continúan con el labio figurado ampliamente separado en cada una, aislando la apófisis intermaxilar y proyectando la nariz hacia arriba entre las fisuras abiertas en la cara.

Este desarrollo anormal da por resultado un síndrome complejo que inicialmente puede interferir con cualquiera de los procesos de la respiración, la alimentación de la deglución y requerirá de entrenamiento y apoyo especial. Las características del defecto y en aquellos más severos se podrán presentar alteraciones del lenguaje y la audición.

Si solamente el paladar blando está hendido, la alimentación al pecho por lo general no causa problema. Todo lo que se necesita es alimentar al niño sosteniéndolo en una posición relativamente erecta, con el objeto de evitar que la leche se le vaya a la nariz. Si el labio superior es el hendido, la madre puede ayudarlo simplemente poniendo un dedo sobre la abertura, con lo que habrá una succión correcta

El amamantamiento puede resultar un poco complicado si tiene dificultades para crear un sello alrededor del pezón y la areola. A menudo el seno agranda la separación del labio e impide el sello al colocar un dedo o el pulgar en la hendidura.

Como el niño con paladar hendido tiende a padecer de infecciones del oído con más frecuencia que los demás, el amamantamiento es ideal en su caso. Los anticuerpos de la leche materna servirán para protegerlo, y el amamantamiento en posición vertical tiende a reducir la posibilidad del desarrollo de infecciones del oído.

2.2 Otros problemas

Los niños con parálisis cerebral, síndrome de down, hidrocefalia o espina bífida se benefician de la leche materna. La mayoría de estos lactantes pueden ser amamantados, dependiendo del tiempo y la paciencia de sus madres, así como el apoyo que reciban.

Síndrome de down: los niños que padecen de esta enfermedad suelen ser dormilones y sufrir cierto retraso en la habilidad para succionar, por lo que sus madres tal vez necesiten despertarlos, estimularlos para iniciar el reflejo de succión. Estos niños se benefician del uso de un aditamento para completar el amamantamiento mientras se encuentran al seno.

Hidrocefalia y espina bífida: estos padecimientos requieren de cirugía al nacer, así que las madres deben iniciar la extracción de la leche de inmediato. Después de la operación, no suelen presentarse problemas adicionales, excepto la necesidad de encontrar una postura cómoda para el niño. (Pardo G., 2003)

3. Gemelos

Con el aumento en el estímulo para la producción láctea originado por amamantar a dos lactantes, siempre hay leche en cantidad suficiente para ambos. Los problemas de los pezones y una mama muy llena pueden dificultar mucho la alimentación de los gemelos, por lo que es de gran importancia tomar medidas preventivas. La mayoría de las madres de gemelos los amamantan simultáneamente a veces, y es necesario experimentar con varias posiciones.

La ingesta nutricional de la madre debe aumentar de acuerdo a la situación cuando amamanta gemelos. Debe darse mucha importancia a las cantidades complementarias de líquidos, proteínas y vitaminas.

4. Nacidos por cesárea

Cuando se utiliza anestesia general, no es posible iniciar la lactancia en la sala de expulsión. La introducción de la alimentación materna debe hacerse hasta las 6-12 horas posteriores al nacimiento, lo que no provocará problemas significativos.

Muchos hospitales todavía requieren de un periodo de observación muy larga para los niños nacidos por cesárea (24-48 horas).

Es común la presencia de fiebre ligera después de una operación, y esta situación no debe considerarse una contraindicación para la alimentación materna.

Una parte importante del cuidado postoperatorio es evitar la fatiga para permitir un reflejo lactógeno adecuado.

5. Otros problemas

Problemas del recién nacido tales como la aspiración de meconio, hipoglucemia, sepsis o reanimación pueden requerir de una interrupción breve o iniciación posterior de la lactancia.

Debe aconsejarse a las madres que expriman su leche alrededor de cada tres

horas, y una vez durante la noche, hasta que el lactante esté en condiciones de ser amamantado.

Los lactantes que están enfermos pero que se mantienen aislados y en observación por ruptura prematura de membranas de larga evolución, deben aislarse, cuando sea posible, de los otros lactantes, permaneciendo en el mismo cuarto de sus madres.

Hipotonía, es la disminución en el tono muscular con débil capacidad de deglución y de succión. Secundaria a encefalopatía hipóxica isquémica, síndrome de down, prematurez, sepsis, hemorragia intraventricular, meningitis y otras.

Se manifiesta en el momento de la succión al seno por labios abiertos mal adosados, lengua caída hacia atrás con poca movilidad y deglución defectuosa por incoordinación de succión-deglución. (Lacerva V., 1990)

3.3 Trastornos psicológicos posparto

3.3.1 Depresión posparto

Es el desajuste emocional que presenta la madre a consecuencia de los cambios fisiológicos y psicológicos, relacionados con la sensación de pérdida después del parto, además de la adaptación a su nuevo rol como madre.

En un periodo transitorio que se presenta en el puerperio tanto por factores causales de adaptación de ego como por cambios hormonales, fatiga, malestar, sobrecarga estimuladora o privación de estímulos afectivos.

Algunas madres bajo la presión de la fatiga, el aislamiento, la mala nutrición, la angustia por sus hijos o ante su incapacidad para cumplir con expectativas poco realistas impuestas por ellas mismas, se deprimen mucho y se sienten aturcidas, incapaces de enfrentar las responsabilidades de la maternidad. Esta depresión sostenida puede estar relacionada con diversas causas: tratamiento poco compasivo durante el trabajo de parto o el alumbramiento, o la separación no deseada del bebé en el momento del parto. Las madres de niños enfermos o prematuros tienen mayor riesgo que las que han tenido bebés determinados y sanos, aunque estas últimas también pueden sufrir de depresión.

El manejo de la depresión posparto contiene los siguientes aspectos:

- ⇒ Detectar precozmente la manifestación de depresión y/o rechazo del bebé para que se brinde el apoyo psicológico o psiquiátrico necesario.
- ⇒ Mantener a la familia informada, de que la crisis por la que atraviesa la madre se superará más rápidamente si se inicia la lactancia materna brindando el apoyo psicológico que necesita la puerpera.
- ⇒ Evitar reemplazar la lactancia por leche de fórmula, pues la madre y familia

pretende culpar al amamantamiento de la depresión posparto.

- ⇒ Recomendar a la madre que descanse y duerma con la seguridad de que su bebé estará bien cuidado.
- ⇒ Reforzar las ventajas y los beneficios del amamantamiento.
- ⇒ Los medicamentos utilizados en el tratamiento durante este periodo, son compatibles con la lactancia materna.
- ⇒ Recordar que la falta de vinculación temprana madre-hijo y de succión empeorará la situación al adicional molestias físicas y patológicas. (Pardo G., 2003)

4. Capacitación sobre lactancia materna

Al perderse la placenta, las concentraciones circulantes de estrógeno y progesterona descienden en tanto que la prolactina se eleva para iniciar así la lactancia.

4.1 Técnica adecuada de amamantar

1. La madre debe lavar sus manos antes de amamantar. Proteger al lactante y las mamas de la madre de infecciones.
2. Estimular la producción láctea temprana; dar al niño todas las ventajas del calostro, ayudar en la contracción del útero. La madre da el pecho poco tiempo después del parto.
3. Adoptar una postura cómoda, acostada de lado, sentada, con la pierna cruzada, etc., con el lactante frente a ella. Favorecer que baje la leche, un vaciado más completo de las mamas y reducir el traumatismo para los pezones.
4. Al empezar a amamantar, la madre "saca" el pezón presionando suavemente la areola entre los dos dedos. Ayudar al recién nacido a prenderse firmemente de pezón y areola.
5. Verificar que el niño tiene en la boca areola y pezón a un tiempo. Mamar sólo el pezón produce dolor y traumatismo.
6. Comprobar que la nariz del lactante no tiene obstáculos. Si queda aplastada contra el pecho, la madre debe deprimir la mama para que pueda respirar libremente.
7. Haga que cada vez que empiece a amamantar alterne los senos. El niño mama con mayor vigor al principio; alternar los senos reduce el dolor y traumatismo para los pezones.
8. Ofrecer ambos senos en cada tetada. Empezar con cinco minutos en cada mama; luego aumente el tiempo con cada una, déjelo mamar hasta que se

canse.

9. Amamantar con frecuencia y a libre demanda (cada dos a cuatro horas). Las tetadas frecuentes estimulan la producción de leche y previenen la succión demasiado vigorosa y el traumatismo al pezón.
10. Para hacer que el niño deje de mamar, colocar un dedo en la comisura de su boca.
11. La madre deja secar al aire sus pezones durante 15 a 20 minutos después de cada tetada.
12. Poner al niño a eructar al final o a la mitad de cada tetada. Sacar el aire del estómago del lactante para que esté más satisfecho y menos inquieto.
13. Advertir a la madre que puede presentar cólicos uterinos sobre todo si es múltipara.
14. Enséñela a proporcionarse suficiente descanso y evitar tensión, fatiga y ambiente estresantes. La fatiga, el estrés y la tensión inhiben la secreción de leche por lo que se dispone de menor cantidad para la alimentación.
15. Evitar tomar medicamentos y drogas. Muchas sustancias pasan hacia la leche y pueden reducir su producción o tener un efecto adverso sobre el niño. (Brunner L., 1991)

4.1.1 Los reflejos que intervienen en la lactancia materna:

En la madre

- Reflejo de la prolactina (o reflejo productor de leche)
- Reflejo de erección del pezón
- Reflejo de la oxitocina (o reflejo de secreción o eyección de leche)

En el bebé

- Reflejo de búsqueda
- Reflejo de succión
- Reflejo de deglución

Estos reflejos son las "piedras angulares" de la lactancia. Es frecuente encontrar en la falla de alguno de ellos la razón de algunos de los problemas que se presentan. Por consiguiente, es esencial que el trabajador de la salud (no necesariamente la madre) sepa algo sobre ellos.

El reflejo productor de leche

Cuando el bebé mama, se estimulan las terminaciones de los nervios sensitivos que están en el pezón. De esta manera, los impulsos viajan a lo largo de las fibras

nerviosas sensitivas del vago al hipotálamo que está en la base del cerebro. Esto ocasiona que la pituitaria anterior (una glándula que está conectada al hipotálamo) libere la hormona prolactina en la sangre. Esta lleva la prolactina a la mama en donde es probable que actúe directamente sobre las células productoras de leche. Por lo tanto, entre más mame un niño más prolactina se libera y más leche se secreta. La manera más simple, más antigua y más natural de aumentar la cantidad de leche de una madre es dejar que el niño mame con frecuencia.

El reflejo de eyección de leche

Los impulsos de los nervios sensitivos que se originan al chupar el niño el pezón, hacen que la parte posterior de la glándula pituitaria libere en la sangre otra hormona, la oxitocina. La oxitocina hace que se contraigan las células mioepiteliales que están alrededor de los alvéolos y conductos y que expulsen la leche tanto de los alvéolos como de los conductos y senos hacia el pezón. La madre puede sentir cuando está sucediendo todo esto a manera de una tensión o sensación de pellizco detrás de los pezones. Algunas veces es tal la presión que la leche sale en chorros finos. El bebé ejerce por lo tanto poca succión y sólo estimula el pezón para después concretarse a beber la leche que fluye. Hay veces en que el reflejo es tan potente que sale demasiada leche y el bebé “se atraganta”.

Los reflejos del bebé

Al tocar uno de los carrillos de un recién nacido, éste voltea la cabeza hacia el lado que se le tocó. Si siente que algo toca sus labios, abre la boca y trata de buscar un pezón de donde mamar. Es el reflejo de búsqueda.

El reflejo de succión, generalmente el pezón al tocar el paladar del bebé muy atrás en la boca. Para que el pezón toque el paladar lo suficientemente atrás, tanto el pezón como gran parte de la areola deben penetrar en la boquita. La succión del bebé no es el único mecanismo a través de cual él obtiene leche. Tanto las encías como el paladar y la lengua hacen presión sobre el pezón y la areola, y por consiguiente también sobre los senos galactóforos de detrás de la areola.

Esto presiona la leche hacia fuera. Por lo más importante de todo son los impulsos de los nervios sensoriales originados por el mamar. Estos impulsos inician los reflejos de secreción y de eyección es muy fuerte, la leche fluye en la boca del bebé casi sin que él chupe, especialmente al inicio de la tetada. (Helsing E., 1983)

4.1.2 Posiciones para una buena lactancia

Existen varias posiciones y todas ellas tienen algo en común: **el vientre y la cara del bebé están enfrentados a mamá**. Con los cambios de posición, el bebé comprime distintos puntos de la areola y el pezón, a la vez que el pecho se vacía mejor, evitando el dolor y las grietas del pezón, retención de leche, taponamiento de conductos y

mastitis. Se recomienda usar todas las posiciones, de día y de noche. (Newman. 2000)



Ilustración N. 1, Newman 2000.

4.1.3 Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

En 1989, la OMS y el UNICEF recomendaron que todos los hospitales del mundo pusieran en marcha las medidas que se resumen en diez pasos.

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer por escrito de una política sobre la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimientos de todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma tal que esté en condiciones de poner en práctica dicha política.
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente del parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia aún en condiciones de forzosa separación.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén recetados por el médico.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de la madre y el niño durante las 24 horas del día.
8. Facilitar, permitir y estimular a la mamá para que amamante a su hijo cada vez que él lo demande.
9. No dar chupones o teteros a los niños que están siendo alimentados al seno.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital y otro servicio de maternidad. (Pardo G., 2003)

4.2 Relactancia

Es el proceso por el cual se estimula la producción de leche en una mujer que ha dado a luz pero que no dio el pecho al principio.

También es la situación en la cual la madre dio el pecho, destetó a su hijo y desea volver a amamantar. Los beneficios de la relactancia, son los siguientes: es microbiológicamente segura e higiénica; proporciona defensas al bebé; reduce la mortalidad y morbilidad infantil; es económica; previene la contaminación ambiental; aporta beneficios nutricionales y emocionales como piel-piel y la relación madre-hijo.

Muchas madres que por alguna razón suspendieron la lactancia materna a sus hijos, madres de niños prematuros y niños que ingresan a los servicios de hospitalización por enfermedades que ponen en peligro sus vidas, están interesadas en iniciar la relactación para ofrecer a sus bebés una mejor opción en su alimentación.

Normalmente, en ausencia de succión, la producción de leche cesa de 14 a 21 días después del parto; la producción que continúa 3 a 6 meses después del parto sin realizarse succión, 3 meses después del destete.

La galactorrea o producción inapropiada de leche. Se presenta galactorrea en diversas circunstancias, en mujeres con o sin hijos y en varones, la lactancia inducida es el proceso por la cual se estimula la producción de leche en una mujer que no ha tenido una gestación ni un nacimiento.

Circunstancias en que es necesaria la relactancia.

Las posibles causas para no iniciar o suspender precozmente la lactancia materna pueden ser, entre otras:

- Un niño prematuro o enfermo que no ha podido mamar durante los primeros días o semanas.
- El destete prematuro del bebé por una enfermedad de la madre.
- Una madre que dio al pecho hace semanas, meses o años, y ahora desea amamantar a un bebé adoptado.
- Enfermedad del niño o de la madre.
- Falta de información e inseguridad de la madre.
- Problemas en las técnicas de la lactancia materna.
- Confusión de pezones.
- Recomendación del personal de salud o de la comunidad.
- Inicio precoz e inadecuada de la alimentación complementaria
- Incorporación de la madre al trabajo. (Fepafem, 2000)

4.3 Información prenatal, postnatal inmediata y mediata

4.3.1 Control prenatal

La frecuencia de las consultas es determinada por las necesidades de cada mujer y los factores de riesgo asociados, siendo aconsejable cierto grado de flexibilidad. Como regla general, una mujer con un embarazo no complicado, debe acudir a consulta cada 4 - 6 semanas hasta la semana 36, cada 2 – 3 semanas desde la 37 a la 40 y a partir de la 40, de una a tres veces por semana.

Los objetivos de la asistencia prenatal son:

- Establecer una pauta entre los riesgos después del nacimiento.
- Reconocimiento precoz de los embarazos de alto riesgo, para prestar la asistencia más adecuada.
- Educar a la pareja para el embarazo, nacimiento y cuidado del recién nacido.
- Disminuir la mortalidad y morbilidad de madres e hijos recién nacidos, elevando el nivel de salud de la población gestante e infantil. La asistencia al embarazo comienza con la primera consulta prenatal que debe realizarse en las 12 primeras semanas de gestación o lo antes posible.

Cuando debe acudir a consulta. Además de las consultas periódicas recomendadas, la embarazada debe poner en conocimiento de su médico cualquier anomalía, especialmente:

- Vómitos intensos y persistentes
- Diarrea
- Dolor al orinar
- Dolor de cabeza no habitual
- Hinchazón en zonas distintas a pies y tobillos por la tarde o en estos lugares si no desaparecen con el reposo nocturno.

Cuando debe acudir al hospital

Deberá acudir inmediatamente al médico si se observa:

- Hemorragia por los genitales
- Pérdida de líquido por genitales
- Dolor abdominal intenso o contracciones uterinas dolorosas
- Fiebre elevada
- Dolor de cabeza muy intenso

4.3.1.1 Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993)

“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”

Esta norma establece criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el periodo perinatal. La cual es de observancia obligatoria para todo el personal en las

unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

En un segmento del apartado quinto se establece el número de consultas durante el embarazo y otros factores importantes:

5.2.2 El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de anemia, preeclampsia, infecciones cérvico vaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

5.2.3 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. Consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2ª. Consulta: entre la 22 – 24 semana.

3ª. Consulta: entre la 27 – 29 semana.

4ª. Consulta: entre la 33 – 35 semana.

5ª. Consulta: entre la 38 – 40 semana.

5.2.4 la prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objetos de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993)

Preparación y motivación a la madre.

Es una realidad que durante el control prenatal, los profesionales de salud no efectúan un examen físico completo, ni realizan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por lo tanto no pueden preparar ni motivar a las madres para una lactancia materna exitosa.

Manejo:

⇒ Establecer una comunicación amable con la gestante e indagar sobre sus experiencias y conocimientos con respecto a la lactancia materna. Si tuvo problemas, analizarlos y explicarle como prevenirlos o manejarlos adecuadamente. Si las experiencias han sido positivas, anímela a repetir las.

⇒ Asegúrese que toda gestante conozca los beneficios de la lactancia materna.

⇒ La decisión sobre como debe alimentar la madre al niño, dependerá de la motivación que el trabajador de salud le transmita. Finalmente es la mamá quien decide y usted respetarla. Para que una mamá amamante en forma exitosa es necesario que se sienta segura de sí misma.

Recomendaciones generales durante la gestación.

Informar a la madre las ventajas y beneficios que tiene la lactancia materna para ella y para su hijo.

- ⇒ aconsejar a la madre consumir más frutas, verduras y alimentos proteicos (productos lácteos y sus derivados, carnes, leguminosas, huevos y mezclas vegetales). Si inicia la gestación con bajo peso sugiera el consumo de alimentos ricos en calorías (azúcares y grasas) controlando su ganancia de peso. De la misma manera en la gestante obesa realice seguimiento continuo del peso, remitir a nutrición.
- ⇒ Enfatizar a la madre que la calidad de la leche materna siempre es buena, independientemente de su alimentación y estado nutricional.
- ⇒ Explicarle a la madre que el tamaño de los senos y su forma no influyen en la cantidad y calidad de la leche, pues su producción dependerá del estímulo de succión.
- ⇒ Recordar que el amamantamiento ayuda a la madre a recuperar su peso normal después del parto.
- ⇒ No promover el uso de biberones, leches de fórmula, ni chupones de entretención.
- ⇒ Durante la consulta prenatal, realice un examen exhaustivo de las mamas e identifique las características de los pezones, con el objeto de detectar si son normales o invertidos, planos o largos, para conocer si dificultarán o no la lactancia materna.
- ⇒ Recomendar el baño diario general y la exposición de las mamas al sol y al aire si es posible.

Cuando los pezones son invertidos o planos debe indicar a la madre que debe hacer lo siguiente:

- ⇒ Que tome un sostén y haga un orificio del tamaño de la areola en la punta de la copa del mismo, refuerce el hoyo para que ejerza presión suave y constante sobre la areola haciendo salir el pezón.
- ⇒ Utilice un chupón del biberón, corte la punta y coloque la argolla de este sobre la base del pezón para que ayude a su profusión.
- ⇒ Otra de las formas de ayudar a resaltar el pezón es la utilización de las pezoneras o recogedores plásticos durante la gestación. Los ejercicios de preparación de los senos se realizarán a partir de la segunda mitad de la misma. Estos no se harán cuando la madre tenga antecedentes de parto pretérmino,

abortos habituales, amenaza de aborto, placenta previa ni el último mes de gestación.

Recordarle a la madre exigir que coloquen el niño sobre su pecho inmediatamente después del nacimiento, para establecer un contacto temprano, favorecer el inicio precoz de la lactancia materna durante la siguiente media hora del parto y reforzar el vínculo psico-afectivo. (Pardo G., 2003)

4.3.2 Puerperio inmediato

En cuanto a la atención del puerperio la norma oficial mexicana (NOM-007-SSA2-1993) establece que:

5.5. Atención del puerperio

5.5.1. Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal)

5.5.1.2. Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

5.5.1.3. En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la iniciación de la alimentación al seno materno a libre demanda.

5.5.1.4. En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de micción. Posteriormente cada 8 horas.

5.5.1.7. Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

5.5.1.8. Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993)

Los funcionarios de las salas de maternidad deben apoyar el contacto temprano y el inicio precoz de la lactancia materna, realizando las siguientes actividades:

- ⇒ Secar al recién nacido y colocarlo sobre el pecho de la madre inmediatamente después del nacimiento para facilitar el contacto temprano, permitiendo el contacto piel a piel, inicie la succión del seno durante la siguiente media hora después del parto a no ser que exista alguna contraindicación médica para hacerlo. Se debe cubrir al niño con una compresa o cobija previniendo así la hipotermia, en este momento se puede realizar la valoración del APGAR.

- ⇒ Explicarle que entre más temprano, se inicie la estimulación del seno a través de la succión del bebé, más rápido comenzará la producción de leche materna, no siendo necesaria la utilización de bebidas prelácteas como dextrosa, agua o leches de fórmula.
- ⇒ La succión estimula la producción de oxitocina ayudando al alumbramiento rápido, favorece la involución uterina y evita hemorragias posparto. (Pardo G., 2003)

4.3.3 Puerperio mediato

5.5.1.9. Puerperio Mediato (2° al 7° día) y Tardío (8° al 42° día).

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero), el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.
- Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura.
- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el posparto. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993)

La madre debe recibir orientación clara a cerca de:

- ⇒ Mecanismos de producción y eyeción de la leche, técnicas de la lactancia materna y extracción manual de la leche materna.
- ⇒ Asegurar el alojamiento conjunto para que la madre pueda brindar al recién nacido alimentación a libre demanda día y noche.
- ⇒ No brinde al niño bebidas prelácteas (dextrosa, agua azucaradas, agua aromáticas, leche de fórmula, entre otras), a no ser que alguna indicación médica.
- ⇒ Asegurarse que la madre esté tranquila, relajada, en posición cómoda y adecuada, ya sea sentada o acostada.
- ⇒ Observar la técnica de amamantamiento, corrigiendo los errores existentes.
- ⇒ Observar que el niño esté en buena posición y el agarre del pezón y la areola sea correcto.
- ⇒ Enseñar a la madre técnicas para retirar al lactante del pecho:

- ✎ introducir el dedo meñique en la boca del lactante por un lado del pezón
- ✎ jale suavemente el mentón hacia abajo y retirelo.

- ⇒ Apoyar a la madre para que gane confianza y manifieste sus dudas para darles solución.
- ⇒ Permitir a la madre que exprese sus sentimientos acerca de su nuevo rol.
- ⇒ Motivar y reforzar en el grupo familiar, la importancia de la lactancia materna.

Recordar a la madre los siguientes puntos:

- ✎ El calostro es todo lo que el niño necesita durante los primeros días de vida para suplir sus necesidades.
- ✎ La succión frecuente ayuda a una mayor producción de leche y es la mejor manera de aumentar gradualmente su cantidad (ley de oferta y demanda).
- ✎ Al iniciar la producción de leche materna es posible que se presente congestión de los senos, se hinche y endurezcan por unos días. Explique a la madre que esto es normal.
- ✎ No debe imponerse horarios fijos para la alimentación del niño, ni límites de tiempo de mamar. Hay que dejar que el bebé succione hasta que el mismo suelte el pezón.
- ✎ La succión nocturna es necesaria y ayuda a mantener elevada la producción de leche.
- ✎ Cada vez que coloque el niño al seno, permita que lo desocupe completamente para que así obtenga la leche del final que es más rica en grasa, logre satisfacer la demanda y obtener una ganancia adecuada de peso. Si desea ofrézcale el otro seno.
- ✎ Todos los lactantes tragan aire durante la succión, por lo que debe sacar los gases después de ser alimentados. A veces se expulsan con el aire, residuos de leche no digerida, si la regurgitación se repite con frecuencia coloque al niño en decúbito lateral derecho o decúbito prono con la cabeza rotada y elevada.
- ✎ Toda madre al salir de la institución, debe practicar adecuadamente la lactancia materna y conocer las técnicas de extracción manual.
- ✎ Recomiende a la madre asistir el control posparto donde se valorará el éxito o el fracaso durante el amamantamiento y se reforzarán las medidas según el caso.

- ☒ Promover la creación de los grupos de apoyo a la lactancia materna a nivel comunitario. Orientar y remitir a la madre a grupos existentes en su área de influencia. (Pardo G., 2003)

La Norma Oficial Mexicana (NOM-003-SSA-1993) menciona los cuidados y las normas que se deben establecer en cada institución.

5.7. Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva.

- 5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.
- 5.7.2 Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.
- 5.7.3 Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.
- 5.7.4 La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.
- 5.7.5 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y las leches industrializadas.
- 5.7.6 En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.
- 5.7.7 En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.
- 5.7.8 Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.
- 5.7.9 Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993)

5 LACTANCIA Y ADOLESCENCIA

5.1 Adolescencia

El término adolescencia se define en dos etapas física y psicológica:

Física:

Pubertad, periodo de la vida humana durante el cual maduran los órganos sexuales implicados en la reproducción.

El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando también que las primeras maduran sexualmente antes que los segundos. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias. En los varones aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más profunda, la producción de semen. En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan, las caderas se ensanchan, el comienzo de la menstruación.

La pubertad suele ocurrir en los hombres entre los 13 y los 15 años de edad, y en las mujeres entre los 11 y los 13. (Weller, 1998)

Psicológica:

Adolescencia, etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de catorce años en los varones y de doce años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.

Los adolescentes se encuentran entre el ser niño y el ser adulto. Se están ajustando a los cambios que sufre su cuerpo, y trabajan por establecer una identificación sexual y usar estos cambios para su beneficio personal y el beneficio de la sociedad. Los adolescentes buscan una identidad personal y quieren libertad e independencia de pensamiento y acción pero continúan con una fuerte dependencia hacia sus padres y sufren sentimientos de pérdida al separarse de ellos. (Morris, P., 2002)

La adolescencia no es solo un cambio somático dependiente de la acción hormonal, es también un periodo crítico del desarrollo psíquico, ligado íntimamente a los cambios corporales y a la situación individual de los jóvenes en cuanto a su ambiente y a sus posibilidades culturales, económicas y sociales.

Por ello se le ha clasificado en tres etapas:

Adolescencia temprana (10 a 13 años)

En la adolescencia temprana los jóvenes perciben con angustia y satisfacción que ahora son capaces de actos físicos y genitales que con llevan a un nuevo placer, "orgasmo", cosa que antes le era imposible por su condición de niños; ese descubrimiento les produce gran actividad o inactividad física y la necesidad de relación y comunicación con quien sea, alternando con episodios de retraimiento, aislamiento y misantropía; para muchos adolescentes el mundo se libidiniza, hasta el punto de que los objetos y los hechos mas simples pueden adquirir implicaciones eróticas. Tienen gran temor al ridículo, se tornan huraños, rechazan las caricias de los padres y de otros familiares adultos; las consideran cosas de niños, aunque en el fondo las deseen. Se vuelven inestables, ambivalentes, responden con crisis de llanto a represiones mínimas y suelen a enfurecerse si alguien le señala sus errores.

La libido no toma su ruta sexual definitiva. En el sentido sexual, los adolescentes están interesados con detalle en lo referente a las relaciones sexuales; sufren confusión y angustia como el resultado de la ambivalencia cultural de los padres y los maestros, quienes al informar o tratar de orientar, reflejan su propia ignorancia e inmadurez sexual, transmitiendo miedos, supuestos peligros y futuros castigos. (Martínez, R. 1998)

Adolescencia media (14 a 16 años)

Durante la adolescencia media los jóvenes mejoran sus posibilidades de relación, incluso con sus familiares y sus superiores. Manifestando una mayor seguridad en si mismos, manipulan hábilmente la autoridad de los padres para obtener lo que ellos pretenden: permisos, dinero y otros satisfactores. En la mayoría de las veces centran su potencial en actividades deportivas, servicios sociales, movimientos ideológicos y políticos por lo cual constituyen un grupo de fácil manipulación. Realizan una sublimación de la libido por enamoramientos idealizados, noviazgo formal con planeación de matrimonio, suplencias eróticas como el baile, el abrazo, el beso, y la manipulación de genitales; experimentan relaciones sexuales con o sin uso de anticonceptivos, lo que facilita el embarazo a temprana edad. (Martínez, R. 1998)

Adolescencia tardía (17 a 20 años)

Durante la adolescencia tardía, las preocupaciones sexuales giran alrededor de una pareja y del futuro. Como los adolescentes en esta etapa han adquirido las habilidades propias del pensamiento operacional formal, empiezan a pensar en el futuro

en término de sus preferencias vocacionales y educacionales, así como la elección de su vida sexual, aparecen los planes sobre el matrimonio y la familia. Algunos adolescentes posiblemente planeen formar familias tempranamente o seguir la vocación de sus padres, otros pueden escoger alcanzar un determinado grado académico antes de formar una familia.

En esta etapa de la adolescencia, el joven comparte las preocupaciones que se suscitan en la adolescencia temprana y en la adolescencia media, pero afronta el problema de su ubicación respecto al mundo adulto, de la independencia, la responsabilidad hacia las relaciones sexuales, el matrimonio, el trabajo, la política, la paternidad, etc. Podemos decir que el adolescente joven se preocupa por saber quien es y que es, mientras que el adolescente mayor debe preocuparse además, por lo que va hacer durante el resto de su vida. (Games, E. 1997)

5.2 Embarazo, parto y puerperio en la adolescente

Cuando la adolescente inicia su actividad sexual precozmente, es decir antes de tiempo y se embaraza, está expuesta a complicaciones durante la gestación, parto y después del parto, lo que contribuye a elevar los casos de enfermedades y trastornos psicológicos, así mismo de la mortalidad de las adolescentes y sus bebés.

5.2.1 El embarazo de la adolescente

Las diversas circunstancias y factores que conducen a un embarazo temprano, y sobre la forma que inciden en el, además de los riesgos biológicos, en la problemática del embarazo del adolescente intervienen otras situaciones, como el significado que tiene esta gestación en el desarrollo y madurez psicosocial de la mujer, la limitación de oportunidades educativas, y la aceptación o el rechazo del entorno familiar ante tal situación. Estos factores incidirán en la salud materna, en la relación madre e hijo y en el potencial logro de sus expectativas.

El embarazo adolescente se considera un problema social cuando interrumpe el desarrollo humano que propone como proyecto de vida de la adolescencia de las sociedades urbanas. Trunca la mayoría de las veces en las mujeres, el desarrollo de una escolaridad que las capacite para ejercer un trabajo calificado en el futuro, impide que estas continúen con una correcta socialización con su grupo de pares; trastorna y obstaculiza la secuencia de la maduración emocional de la etapa; las obligaciones a sumir un papel materno para el que no estén preparadas por que simplemente no han adquirido la madurez emocional y afectiva para desempeñarlo y, por medio de esta deficiencia no rescatable más que por la experiencia de vida al desarrollar ese papel, afecta la vida de su hijo gravemente y condicione sin proponérselo al menor a una serie de riesgos de carácter biopsicosocial que posiblemente también lo limitara en el futuro.

Desde el punto de vista económico el embarazo en adolescentes constituye un obstáculo en el desarrollo de las sociedades donde viven las jóvenes involucradas

por que son núcleos que poco aportan al desarrollo económico y en cambio son muy demandantes y dependientes de la comunidad.

FACTORES DETERMINANTES:

1. Tener relaciones sexuales sin adoptar las medidas anticonceptivas adecuadas (por desconocimiento, temor a su uso, dificultad para acceder a ellas, o bien, negación a tomar las medidas anticonceptivas por propia determinación).
2. Violación

FACTORES PREDISPONENTES:

Por si solos no tienen la fuerza de condicionar el embarazo adolescente, por lo que actúan en conjunto. Estos factores se dividen en personales, familiares y sociales.

Factores personales:

1. Abandono escolar
2. Autoestima baja.
3. Falta de confianza en sí mismo.
4. Sentimientos de abandono y desesperanza.
5. Problemas emocionales, de personalidad o ambos.
6. Carencia de afecto (esta puede ocurrir con frecuencia desde etapas tempranas de la vida y se sostiene con persistencia).
7. Incapacidad para planear un proyecto de vida.
8. Inicio temprano de relaciones sexuales.
9. Consumo de sustancias tóxicas que causan adicción.
10. Desinterés para asumir actitudes de prevención.
11. Necesidad de afirmar su identidad de género.
12. Menarquía temprana.

Factores familiares:

1. Familia disfuncional. Ausencia de una figura paterna estable y modelos promiscuos de conducta
2. La presión del medio familiar para formar una familia y de los padres que piensan que sus hijos ya están en edad para buscar a alguien a quien amar.
3. Hacinamiento y promiscuidad.
4. Crisis existencial del núcleo familiar a causa de problemas emocionales, económicos y sociales.
5. Madre con antecedentes de embarazo adolescente.
6. Antecedente de una hermana adolescente embarazada.
7. Normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos.

Factores sociales:

1. Abandono escolar. La falta de expectativas escolares altas y la restricción de

opciones de vida, aunado al contexto social en el que se desenvuelven los adolescentes.

2. Mal o inadecuado uso del tiempo libre.
3. La falta de orientación adecuada en la conducta sexual, sustentada en valores y normas sociales diferentes para cada uno de los sexos y la carencia de una atención especializada de los servicios de salud para este grupo de la población.
4. Nuevas formas de vida propiciadas por la subcultura juvenil.
5. Cambios sociales que dificulten la incorporación laboral.
6. Ingreso temprano a la fuerza laboral.
7. Cambios sociales en el concepto de status de la mujer.
8. Condiciones socioeconómicas desfavorables a la familia.
9. Marginación social.
10. Mayor tolerancia del medio social a la maternidad en la soltería.
11. El machismo como un valor cultural.
12. El efecto de los medios de comunicación masiva en particular la televisión, en el modelado de la conducta sexual (tanto de adolescentes como de adultos) y transmisión de mensajes contradictorios. (Dulanto, E. 2000)

El grado en que la adolescente ha formado su propia identidad, separada de los otros, determina su capacidad de establecer una relación nueva de madre e hijo.

Las *adolescentes tempranas* tienden más a continuar su embarazo sin tomar plena conciencia de él, debido a la amenaza que implica para su autoimagen, son chicas que buscan constantemente conocer nuevos caminos antes de establecer su identidad y que además, no están informadas de sus cambios corporales, la reproducción y anticoncepción. Al embarazarse, culpan a otros de lo hecho, son las que más intentan suicidarse por sentimientos de culpa y dejan que sus padres decidan de su embarazo y educación de su hijo.

Las chicas en la *adolescencia media* se orientan a sí mismas. Su reacción ante el embarazo es ambivalente, no desean esa responsabilidad, pero lo ven como una forma de salirse de casa, madurar y ser independientes ya que buscan rebelarse ante los padres y estar encinta es una forma de reevaluarse y reforzar su atractivo.

En las de *mayor edad*, en cambio hay mayor conocimiento de su cuerpo, la gravidez, las necesidades y el rol que requiere la maternidad, sin embargo, continúa su intento de consolidar su identidad. (Núñez N., 2003)

5.2.2 El parto en la adolescente

El consenso sobre las dificultades del parto se refiere a lo siguiente:

1. Mayor incidencia de estrechez pélvica, por inmadurez o desarrollo osteomuscular incompleto con las consiguientes alteraciones mecánicas en el parto y en consecuencia, mayor número de intervenciones quirúrgicas en los mismos.
2. Inmadurez de la fibra muscular uterina, lo cual ocasiona distocias dinámicas.

3. Rigidez de las partes blandas con mayor peligro de desgarre de las mismas en el momento del desprendimiento.
4. Por la combinación variable de los factores antes mencionados, más el agregado de los psicológicos, también hay partos de mas larga duración lo cual aumenta la morbilidad y mortalidad materno fetal.

Los embarazos en mujeres jóvenes se caracterizan por la presencia de embarazo hipertenso crónico, desproporción céfalo pélvica y otros cuadros que aumentan el riesgo reproductivo. Por otra parte, el primer producto de una madre adolescente corre más riesgos de tener bajo peso al nacer y de ser prematuro, que los primeros hijos de madres de más de 20 años de edad. (Dulanto E., 2000)

5.2.3 Puerperio de la adolescente

La maternidad en la adolescencia se refleja de la siguiente manera:

Adolescencia temprana; la joven a menudo se encuentra tan ligada a su madre que hasta llega a experimentar celos con respecto a los sentimientos que su hijo podría despertar en su madre (abuela). No tienen un concepto claro acerca del desarrollo de una vida individual. El tema de la maternidad a menudo provoca reacción de depresión y aislamiento. No hay un lugar para el padre; el hombre esta completamente ausente de sus planes.

Adolescencia media; la mayoría de las jóvenes desarrollan fantasías ambivalentes acerca de la maternidad, pero también se desesperan por la percepción de las responsabilidades que se avecinan.

Adolescencia tardía; la adolescencia desarrolla sentimientos maternos y protectores. Una actitud muy frecuente es la búsqueda de afecto y compromiso por parte del hombre y su establecimiento como futuro compañero.

La vida de la madre adolescente y su hijo suele ser difícil. Las madres adolescentes tienden a abandonar la educación para enfrentarse a la maternidad, al carecer de una educación adecuada es probable que no posea las habilidades necesarias para conseguir un trabajo y conservarlo. La adolescente no tiene muchas oportunidades para ingresar en un sector productivo que le permita la independencia económica y la satisfacción de sus necesidades; por lo contrario es común que dependa económicamente de su familia o del sistema de asistencia social con la posibilidad que viva en la pobreza. (Horrocks J. 1997)

6. Aspectos socioeconómicos que afectan la maternidad de la madre adolescente.

6.1 Nivel socioeconómico

Es la relación existente entre los individuos de una sociedad con respecto a las categorías descriptivas que difieren con relación a sus características sociales y económicas.

El procedimiento normal para determinar el nivel socioeconómico consiste en elegir como indicadores de las diferencias sociales que se encuentra en relación con ingresos, educación, ocupación, vivienda, sitio de residencia y estilo de vida, de los lugares de la población.

También se ocupa en la escala jerárquica de las clases sociales. Estimación de la cantidad de riqueza y de la prosperidad de la población de un país, por lo general se estima el nivel socioeconómico en función de bienes materiales, de los ingresos obtenidos y los bienes de consumo que se pueden adquirir con ellos. (Domínguez, J., 1997)

Clasificando estos como:

Clase alta incluye los segmentos de población con el más alto nivel de vida. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado básicamente por individuos con un nivel educativo de licenciatura o mayor.

Los hogares pertenecientes a este segmento son casas o departamentos de lujo con todos los servicios y comodidades.

Clase media este segmento contiene a lo que típicamente se denomina segmento de nivel medio. El perfil del jefe de familia de estos hogares esta formado por individuos con un nivel educativo de preparatoria principalmente los hogares pertenecientes a este segmento son casas o departamentos propios o rentados con algunas comodidades.

Clase baja este segmento medio de las clases bajas. El perfil del jefe de familia de estos hogares esta formado por individuos con un nivel educativo de primaria en promedio. Los hogares pertenecientes a este segmento son propios o rentados (es fácil encontrar tipo vecindades) los cuales son en su mayoría de interés social o de rentas congeladas. (Keymarketing, 2002)

6.2 Familia

La familia es una de las instituciones básicas de todas las sociedades del mundo. Tiene su base en la pareja que es una asociación de dos personas que están ligadas por lazos afectivos densos y organizados en función de una cierta duración.

MC Master (1987) emplea un enfoque sistemático para conceptualizar a la familia y divide los problemas familiares, en dos tipos: instrumentales y afectivos.

Los problemas instrumentales se relacionan con aspectos mecánicos de la vida diaria (sustento económico: alimento, ropa, casa, transportación, etc.), mientras que los problemas afectivos se relacionan con el manejo de aspectos emocionales (coraje, depresión, amor, etc.).

Wells (1990) considera entre los elementos familiares que contribuyen al estatus de riesgo, el nivel socioeconómico, el logro escolar y ocupacional de los padres, la cantidad de miembros en la familia, la cohesión familiar, el estrés familiar, la pertenencia a un grupo minoritario y el dominio de la lengua dominante. (Cervera K., 2002)

Teniendo como perfil de la familia el estado civil en el que se encuentra la pareja, que puede ser matrimonio, unión libre, divorciado, viudo o soltero.

Estado civil es la situación del individuo dentro de la sociedad y dentro de su propia familia. Según sea el estado civil de las personas, así serán sus derechos y deberes con respecto a determinados sujetos. El estado civil solo puede probarse mediante las constancias del registro civil, en donde se asientan, en las formas correspondientes, las actas de nacimiento y reconocimiento de hijos, adopción, tutela, matrimonio, divorcio, defunción. (Dominguez, J., 1997)

- El matrimonio es una realidad del mundo jurídico, es la organización social necesaria para la convivencia humana, presentada como una manifestación libre de voluntades, sancionada por la Ley de un hombre y una mujer para formar una comunidad destinada a perpetuar la especie y a socorrerse mutuamente la que no puede disolverse por su voluntad.
- Unión libre: Concubinato, Unión de un hombre y de una mujer, no ligados por vínculo matrimonial a ninguna otra persona, realizada voluntariamente sin formalización legal, para cumplir los fines atribuidos al matrimonio la sociedad". Por su parte Planiol y Ripert nos dicen en referencia al Concubinato: Que es un mero hecho, no un contrato que carece de formas determinadas y no produce efectos jurídicos, quien vive en estado de concubinato puede ponerle fin según su voluntad, sin que la otra persona con quien viva en ese momento pueda invocar esa ruptura como fuente de daños y perjuicios.
- Divorcio: La Palabra Divorcio en el lenguaje corriente contiene la idea de separación y proviene del latín "divortium" que significa disolver el matrimonio, de la forma sustantiva la palabra divorcio que significa separarse. Etimológicamente el divorcio significa "las sendas que se apartan del camino", y en su sentido metafórico divorcio es la separación de cualquier cosa que está unida. Ahora gramaticalmente veremos que la palabra divorcio significa separar, apartar, tomar caminos diferentes y desde el punto de vista jurídico, equivale a la ruptura del vínculo matrimonial. Planiol, afirma: "El Divorcio es la ruptura del matrimonio

válido en la vida de los esposos”. Difiere a su vez de la separación de cuerpos, ya que ésta solamente debilita los lazos conyugales, sin llegar a la ruptura final. En un concepto más general, llámese divorcio “a la acción o efecto de separar, el juez competente, por sentencia, a dos casados en cuanto a cohabitación y lecho”. En éste concepto encontramos dos acepciones, como surge del párrafo anterior, en el primer lugar, según la tradición canónica y el criterio de numerosas legislaciones que se inspiran en ella, se entiende por divorcio la separación de cuerpos, es decir, el estado de dos esposos dispensados por sentencia de la obligación de cohabitar. (García B., 2003)

6.3 Ley Federal del Trabajo y la madre trabajadora

La estabilidad familiar es importante en la positiva aceptación psicológica del niño, el esposo desempeña un papel determinante, tanto para el apoyo emocional de la madre como desde el punto de vista económico. Sin embargo muchas veces no es así, ya que muchas de ellas no cuentan con el apoyo de la pareja o de la familia, se ven obligadas a ingresar al sector laboral, el cual a veces no es favorable para el buen desarrollo y bienestar de la familia.

Esto se ve principalmente en madres adolescentes, la mayoría son solteras o se encuentran en unión libre, con una inestabilidad económica y un nivel de escolaridad bajo, por lo cual los empleos que puede encontrar son de salarios bajos e informales los cuales no garantizan el bienestar familiar. Por lo cual es importante dar a conocer los derechos y obligaciones que estipula la Ley Federal del Trabajo.

La Ley Federal del Trabajo establece los siguientes artículos para el apoyo y seguimiento de la lactancia materna en las madres trabajadoras.

En el artículo 170 menciona que: (apartado II) disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis semanas posteriores al parto. (Apartado IV) En el periodo de la lactancia tendrán dos reposos extraordinarios por día de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos.

En el artículo 171 menciona que: Los servicios de guardería infantil se presentarán por el *instituto mexicano del seguro social*, de conformidad con su ley y disposiciones reglamentarias. (Ley Federal del Trabajo, 2003).

“El incumplimiento a las normas en el trabajo de las mujeres, se sanciona de acuerdo con el artículo 995 de la *Ley Federal del Trabajo*, al patrón que viole las normas que rigen el trabajo de las mujeres y de los menores, se le impondrá multa por el equivalente de 3 a 155 veces el salario mínimo general”

La protección legal abarca los periodos de gestación o embarazo, parto, puerperio y lactancia. Los derechos de maternidad son las prestaciones que tiene la trabajadora con motivo de la gestación y deben abarcar:

- Cuidar su condición fisiológica

- Cuidar el desarrollo del producto de la concepción
- Contar con atención médica especializada para ella y para su hijo aún no nacido
- Conservar su puesto de trabajo con la remuneración correspondiente y todos los derechos inherentes al mismo.
- Disfrutar de descansos para atender el alumbramiento y para cuidar al recién nacido

Por su parte, los patrones **no** pueden:

- Rechazar a una solicitante de un trabajo por estar embarazada, no promoverla, o despedirla por ese motivo.
- Excluirla de beneficios, promociones, ascensos, capacitación y adiestramiento, por su embarazo.
- Exigirle la renuncia a causa del embarazo, puerperio, lactancia o responsabilidades familiares.
- Disminuir cualquiera de sus derechos laborales o de seguridad social.

El IMSS es una institución autónoma que opera con aportaciones hechas cada dos meses por el gobierno, los patrones particulares y los trabajadores mismos. Las trabajadoras deben pagar una cuota bimestral al IMSS, pero el patrón paga otra, así como el gobierno. Por eso se dice que el sistema es tripartito. El único seguro que paga completamente el patrón, sin aportaciones de las trabajadoras, es el relativo a los riesgos de trabajo.

La falta de inscripción al seguro social hace responsables a los patrones de todas las obligaciones de seguridad social, además de cubrir los daños y perjuicios ocasionados a la trabajadora. Igual ocurre cuando la inscribe con un salario inferior al que efectivamente percibe. (IMSS, 2000)

6.4 Aspectos psicosocial de la madre adolescente.

El embarazo en las adolescentes es tanto un problema social como sanitario, debido a los cambios psicológicos que sufren las jóvenes y las complicaciones que se presentan en ella y en su hijo.

En primera instancia se establece que la inmadurez biológica de las jóvenes puede provocar un parto pretérmino sobre todo en menores de 15 años. Otras complicaciones como: la rotura prematura de membranas, las consecuencias obstétricas de la primiparidad y el abandono de la lactancia materna y hasta del propio hijo.

Los expertos consideran que los meses de gestación son los más inestables emocionalmente para las madres, dado que tienen miedo de hablar con sus padres del embarazo y suelen ocultarlo durante mucho tiempo, situación que puede generar inseguridad y estrés. Otra razón importante que empeora el pronóstico de la gestación es la ausente o deficiente vigilancia prenatal dado que el embarazo de la madre

adolescente se desarrolla en un clima de difícil aceptación y normalidad, pues existe la tendencia a ocultar la gestación y a recibir insuficientes o tardíos cuidados médicos o no los reciben nunca.

Estas madres adolescentes pueden presentar determinados factores socioeconómicos y culturales que empeoran su pronóstico obstétrico, como pobreza, alimentación inadecuada, tabaquismo, alcoholismo y otras drogas. Lo cual es importante tomar en cuenta dos grandes factores: sus características psicosociales y el entorno sociocultural en que se da el embarazo. Este se determina principalmente por el apoyo familiar y la red social de ayuda que estos constituyen su escenario. (Regó S., 2000)

Compton, Duncan y Hruska (1987) mencionan que antes de tomar una decisión respecto al embarazo, primero es necesario aceptarlo, pero en la decisión pueden influir diversos factores como los culturales, raciales, económicos, estructura familiar, auto-concepto y medio. Ya que un embarazo en la adolescente es difícil de llevar a feliz término por que a esa edad las jóvenes no están preparadas psicológica y a veces orgánicamente para procrear un hijo. (Núñez N., 2003)

Cuando la adolescente decide seguir adelante con el embarazo, en muchas ocasiones los padres las obligan a casarse, no como un deseo o decisión propia de la joven o los jóvenes, provocando que el joven tenga que trabajar y la mujer dejar sus labores estudiantiles, además de estar en casa sometidas a los padres ya sea de ella o de él. (Rodríguez D., 2002)

Si la joven permanece soltera, continúa el embarazo con grandes carencias y dificultades. Su grado depende de si encuentra el apoyo de su familia. Generalmente se vive un ambiente familiar y social de rechazo por no estar casada, y se crea una mayor dependencia económica y afectiva en donde el apoyo familiar se condiciona a la aceptación de circunstancias que obstaculizan su desarrollo personal e incrementan las razones por las que se embarazó y con ello la posibilidad de repetirlo.

Otra consecuencia en el campo psicosocial, se incluye la escolaridad baja, pues al saberse embarazada y decidir tener el hijo, la adolescente deja la escuela por aspectos psicológicos, económicos y de organización. Con ello se predestinan a una vida de pobreza, dependencia e ingresos reducidos, a una motivación disminuida y otros embarazos durante esa edad.

Las consecuencias para los niños de un embarazo precoz es nacer de padres con bajos recursos cognitivos, emocionales y financieros, posiblemente, serán niños con un nivel mayor de incidencia de abuso y estrés, baja autoestima y baja posibilidad de que la madre comprenda sus necesidades y las satisfaga, niños de escaso desarrollo cognoscitivo poca capacidad de adaptación, éxito y aprovechamiento escolar, con mayores problemas sociales y emocionales y una mayor posibilidad de maltrato físico o psicológico. (Núñez N., 2003)

III. METODOLOGIA

1. HIPÓTESIS

Factores como la edad, el nivel socioeconómico, las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; y la capacitación para la lactancia se asocian a la suspensión temporal o definitiva de la lactancia materna en madres adolescentes.

2. VARIABLES E INDICADORES

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

Adolescencia

El termino adolescencia es empleado en dos sentidos diferentes, aplicado al desarrollo físico; se refiere a todos los cambios somáticos (fenotipos, hormonales y de funcionamiento), que experimenta el ser humano, a partir de los 10 años en la mujer y de los 12 años en el varón, y se extiende hasta el inicio de la juventud, aproximadamente a los 18 o 19 años.

La OMS la ha clasificado en tres etapas:

- Adolescencia temprana 10 a 13 años
- Adolescencia media 14 a 16 años
- Adolescencia tardía 17 a 19 años

En sentido psicológico la adolescencia es una situación anímica, un modo de existencia y un tipo de comportamiento que aparece aproximadamente con la pubertad y que tiene su fin cuando la persona alcanza la madurez y es considerada socialmente adulta. (Morris, P., 2002)

La maternidad en la adolescencia se refleja de la siguiente manera:

Adolescencia Temprana; la joven a menudo se encuentra tan ligada a su madre que hasta llega a experimentar celos con respecto a los sentimientos que su hijo podría despertar en su madre (abuela). No tienen un concepto claro acerca del desarrollo de una vida individual. El tema de la maternidad a menudo provoca reacción de depresión y aislamiento. No hay un lugar para el padre; el hombre esta completamente ausente de sus planes.

Adolescencia Media; la mayoría de las jóvenes desarrollan fantasías ambivalentes acerca de la maternidad, pero también se desesperan por la percepción de las responsabilidades que se avecinan.

Adolescencia Tardía; la adolescencia desarrolla sentimientos maternos y

protectores. Una actitud muy frecuente es la búsqueda de afecto y compromiso por parte del hombre y su establecimiento como futuro compañero. (Dulanto. 2000)

Nivel Socioeconómico

Es la relación existente entre los individuos de una sociedad con respecto a categorías descriptivas que difieren con respecto a sus características sociales y económicas.

El procedimiento normal para determinar el nivel socioeconómico consiste en elegir como indicadores de las diferencias sociales, una o diferentes características que se encuentran en relación con ingresos, educación, ocupación, vivienda y sitio de residencia, y estilo de vida de los lugares de la población. (Dominguez, 1997)

Suspensión de la Lactancia Materna

Es la interrupción temporal o definitiva de la alimentación al recién nacido al seno materno.

Se define como suspensión temporal al periodo de tres días a veinte días de no amamantar al lactante y la suspensión definitiva es el periodo de treinta a más días sin amamantar al lactante.

Complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio

El embarazo es un periodo de alteración marcada de la fisiología materna, y los cambios más notables se producen en el aparato cardiovascular, sistema hematológico, aparato digestivo y sistema endocrino.

Las complicaciones obstétricas más comunes que se presentan en el tercer trimestre del embarazo son: Preeclampsia, desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, ruptura prematura de membranas.

El trabajo de parto anormal se define como cualquier variación en el patrón normal de dilatación cervical o descenso de la parte de presentación fetal.

Las complicaciones obstétricas que se presentan son: trabajo de parto prematuro, distocia, prolapso de cordón umbilical, parto por cesárea, trabajo de parto prolongado, rotura uterina, inversión del útero.

Las complicaciones obstétricas que se presentan en el posparto con mayor frecuencia son hemorragia posparto, infecciones púerperales, subinvolución, hematomas en el posparto, psicosis posparto. (Brown. 1995)

Las complicaciones durante la lactancia son:

Pezón y areola agrietada; es la irritación y aparición de agrietas y sangre en los pezones y la areola debido a que la piel de esta zona es delicada y no está acostumbrada al tipo de uso tan intenso que le da el lactante, debido a esto se debe hacer una suspensión temporal de la lactancia materna hasta la recuperación total del pezón.

Forma del pezón; el pezón es una proyección pigmentada del seno. Los pezones de algunas mujeres se encuentran planos, invertidos o pequeños, lo cual complica la lactancia materna pero esto puede ser corregido, pero por el momento hay una suspensión de la lactancia materna.

Congestión mamaria; es la inflamación natural de los senos debido a la gran acumulación residual de leche en los sistemas conductores, con este problema es difícil amamantar al lactante ya que los senos se vuelven duros y sensibles.

Mastitis; es la complicación de un conducto obstruido que no recibe atención inmediata. La mastitis produce un cuadro clínico muy grave con síntomas que incluyen fiebre y dolor, el área infectada estará enrojecida, inflamada, caliente y dolorosa. Suele presentarse con mayor frecuencia durante los primeros meses de la lactancia.

Casos especiales; es la situación por la cual se suspende la iniciación de la lactancia materna en los lactantes, debido que se encuentran hospitalizados o en tratamiento. Los problemas que afectan la lactancia materna son síndrome de down, paladar hendido, labio leporino, prematuros, infecciones como aftas (algodoncillo). (Helsing. 1983)

Capacitación de la lactancia materna

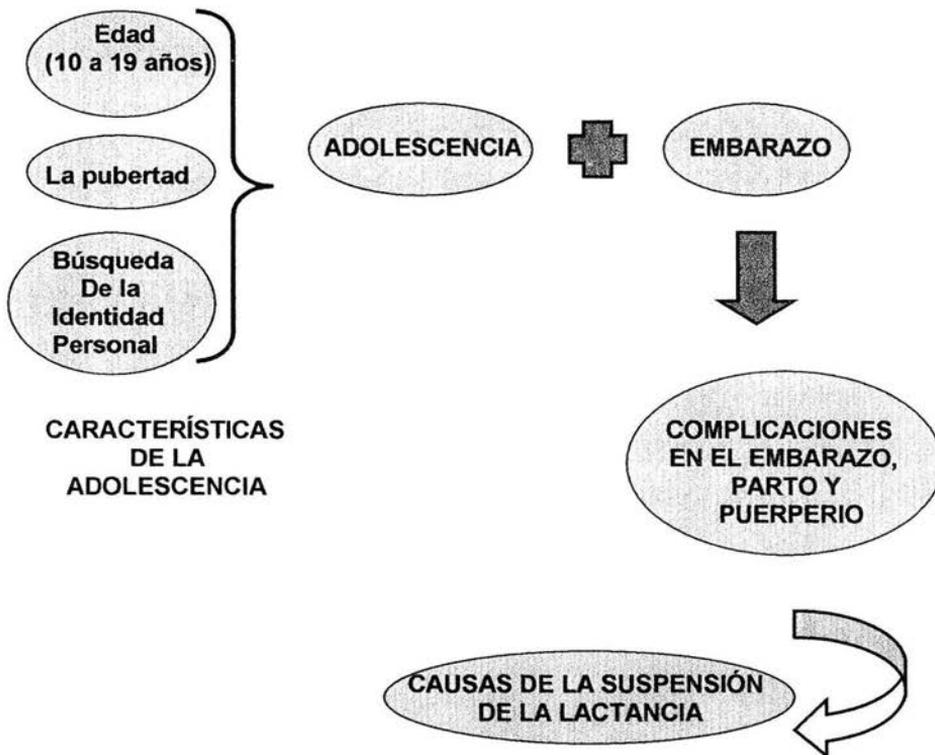
Es la orientación y capacitación que se lleva a cabo durante el embarazo y puerperio por medio del control prenatal y postnatal para el buen desarrollo del recién nacido y los cambios que presenta la madre. Al tener la capacitación sobre lactancia materna se debe instruir con una adecuada técnica para amamantar, explicándole y demostrándole el cuidado e higiene de los senos y pezones, la posición más confortable tanto para la madre como para el niño, la técnica de extracción manual y la conservación de la leche. Todos estos procedimientos se obtienen en el control prenatal, ya que se pueden detectar problemas e informar adecuadamente a la madre de estos problemas y como solucionarlos. (Brunner. 1991)

2.2 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Indicador	unidad de medición
EDAD	cuantitativa	Adolescencia	De 10 a 13 años De 14 a 16 años De 17 a 19 años
Nivel Socioeconómico	Cualitativo	Estado civil	Soltera Casada Unión Libre Divorciada Viuda
		Ocupación	Ama de casa Estudiante Empleada Profesionista Otro
		Vivienda	Pertenencia
		Ingreso económico	Menos de un salario mínimo De uno a dos salarios mínimo De tres a cuatro salarios mínimos
		Escolaridad	Nivel de escolaridad
		Lugar de residencia	Área rural Área urbana
Suspensión de la lactancia materna	cualitativa	Temporal	tres a veinte días
		Definitiva	Más de un mes de amamantar
Complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio	Cualitativa	Problemas en el embarazo	(durante el tercer trimestre) Ruptura prematura de membranas Preeclampsia Placenta previa
		Problemas en el parto	Aspiración de meconio Sufrimiento fetal Recién nacido prematuro Trabajo de parto prolongado Cesárea Mala presentación fetal

		Problemas en el puerperio	Infección puerperal hemorragia posparto depresión posparto subinvolución uterina dehiscencia en herida quirúrgica pezón y areola agrietados mastitis congestión mamaria pezón invertido o plano
Capacitación de la lactancia	cualitativa	Técnica de amamantar	Adecuada Inadecuada
		Casos especiales	niños con aftas niños prematuro niño con paladar hendido niño con labio leporino niño con síndrome de down

2.3 MODELO DE RELACIÓN CAUSAL



2.5. LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

La estructuración de la investigación se efectuó basándose en la información obtenida de la bibliografía consultada, información obtenida mediante internet, el asesoramiento proporcionado para dicho tema.

Para comprobar la eficacia del instrumento se llevó a cabo una prueba piloto aplicada al 10% de la muestra, mediante esta prueba se observó dificultad para obtener el domicilio de algunas madres, las que se negaron a dar esta información se considero pertinente excluirlas de la investigación.

El instrumento aplicado a la muestra seleccionada se compone de cinco apartados: ficha de identificación, aspectos socioeconómicos, determinación de la suspensión de la lactancia materna; problemas durante el embarazo, parto y puerperio, y la capacitación sobre la lactancia materna. (Anexo 1)

IV. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA

1. UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: madre adolescente con producto vivo

Muestra: De un universo de 509 madres adolescentes con un error del 5% y un porcentaje estimado de la muestra del 10% y un 95% de confianza se aplicó el cuestionario a una muestra de 110 madres adolescentes.

2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes puérperas entre 14 a 19 años con producto vivo que se encuentren hospitalizadas en el Hospital Materno Infantil de Tlahuac.
- Adolescentes puérperas entre 14 a 19 años con lactante de menos de tres meses de edad que acuden a la consulta externa del Hospital Materno Infantil de Tlahuac.
- Madres adolescentes con recién nacido hospitalizado en el Hospital Materno Infantil de Tlahuac.

2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que tengan más de 20 años cumplidos.
- Madres adultas en posparto que pasen de 20 años.

- Adolescentes embarazadas que se encuentran en los servicios de urgencias, labor, quirófano, expulsión, recuperación, consulta externa y hospitalización.
- Adolescentes que no están embarazadas.
- Adolescentes que no estén en condiciones de salud (retraso mental, coma, que estén en trabajo de parto), para contestar el cuestionario.
- Adolescentes que se encuentren hospitalizadas a causa de aborto en el Hospital Materno Infantil de Tlahuac.
- Adolescentes que no acudan a la consulta externa o que no se encuentren hospitalizadas en el Hospital Materno Infantil de Tlahuac.
- Adolescentes del sexo masculino y que acudan al Hospital Materno Infantil de Tlahuac.

2.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Adolescentes que no acepten contestar el cuestionario.
- Adolescentes que no hayan contestado completamente el cuestionario.

3. PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa de computadora denominado "Excel".

Se obtuvo la frecuencia y porcentaje por medio de las medidas de tendencia central, las cuales se encuentran representadas en las graficas.

V. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

1. FUENTE DE LOS DATOS

La información se recabó a través de fuentes bibliográficas, artículos de internet y estadísticas consultadas, de las cuales se utilizaron para el marco teórico y los datos empíricos se obtuvieron por medio de la realización de un cuestionario por entrevista directa.

2. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN

Para la recolección de información bibliográfica se emplearon fichas de trabajo, disquetes y fotocopias.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

CUADRO N. 1

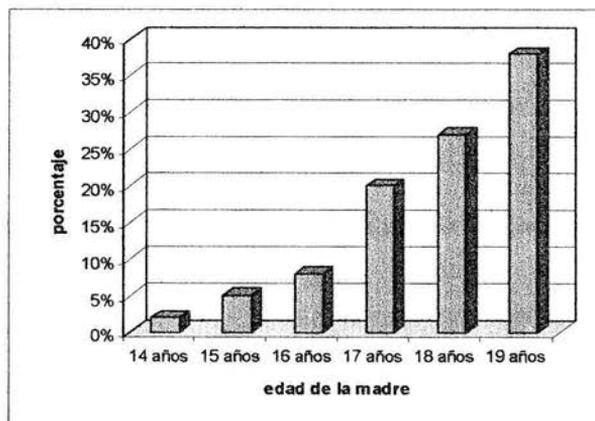
Edad de las madres adolescentes en etapa de lactancia.

Edad de la madre	Frecuencia	Porcentaje
14 años	2	2%
15 años	5	5%
16 años	9	8%
17 años	22	20%
18 años	30	27%
19 años	42	38%
Total	110	100%

FUENTE: Encuesta realizada para determinar los factores de la suspensión Temporal o definitiva de la lactancia materna en el Hospital Materno Infantil de Tlahuac de Marzo a Mayo del 2003, en México, D. F.

GRAFICA N.1

EDAD DE LA MADRE



FUENTE: Cuadro N. 1

Análisis del cuadro No 1

Se observa en la gráfica que el 38% de las madres adolescentes tienen 19 años, el 62% tiene entre 18 y 14 años de edad; situación que amerita la reflexión al considerar que la OMS (1999) considera que la pubertad en la mujer empieza entre los 11 y 14 años donde se dan los cambios físicos y la maduración de los órganos sexuales implicados en la reproducción, sin embargo en cuanto al aspecto psicológico la adolescencia es un periodo crítico del desarrollo psíquico, ligado íntimamente a los cambios corporales y a la situación individual de los jóvenes en cuanto a su ambiente y a sus posibilidades culturales, económicas y sociales.

Observando el factor de riesgo en cuanto a su madurez psicológica, ya que en esta etapa se presenta un estrés emocional originado por la responsabilidad que ahora tiene como madre, esto la lleva a la búsqueda real de su identidad y al futuro que se le avecina dándole poca importancia a la lactancia materna y los beneficios que de esta se obtienen.

CUADRO N. 2

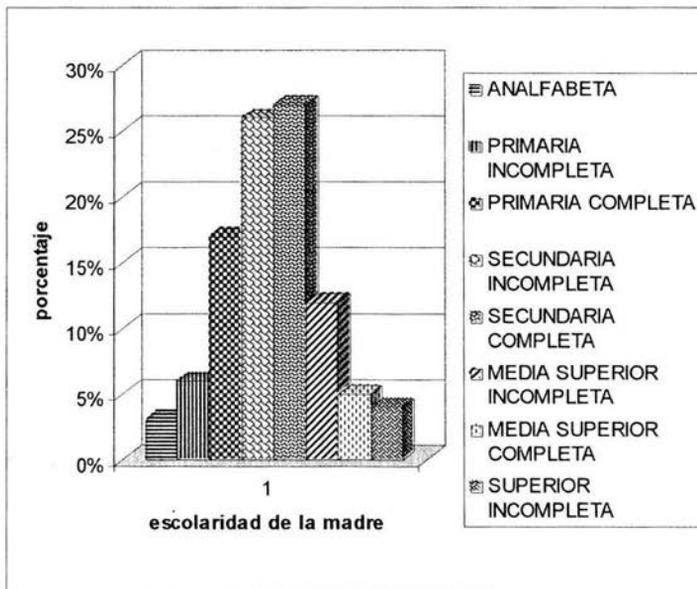
Escolaridad de las madres adolescentes.

Escolaridad de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	3	3%
Primaria incompleta	6	6%
Primaria completa	19	17%
Secundaria incompleta	29	26%
Secundaria completa	30	27%
Media Superior incompleta	13	12%
Media Superior completa	6	5%
Superior incompleta	4	4%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N.2

ESCOLARIDAD DE LA MADRE



FUENTE: CUADRO N. 2

Análisis del cuadro No. 2

Se observa en la grafica que el mayor porcentaje en relación al grado de estudios de estas madres adolescentes es secundaria completa e incompleta con un 53%, primaria completa e incompleta con un 29%, y media superior completa e incompleta con un 17%, encontrando con un menor porcentaje a las analfabetas (3%), superior incompleta (4%). La OCDE o la UNESCO (2001) refieren que para tener el 90% de probabilidad de éxito los individuos deben de estudiar 12 años de formación escolar.

Un aspecto particularmente preocupante es que estas jóvenes, es su baja escolaridad y los escasos recursos económicos. La perspectiva de volver a la escuela es difícil con un hijo y si bien no se ha cuantificado, la experiencia no parece indicar que lo hagan. Esto margina más a la joven ya que limita sus posibilidades en todos los sentidos. Estas adolescentes tienen, al parecer, grandes limitaciones para garantizar una relación materno-infantil y una lactancia materna óptima, que garantice el bienestar de ambos.

CUADRO N. 3

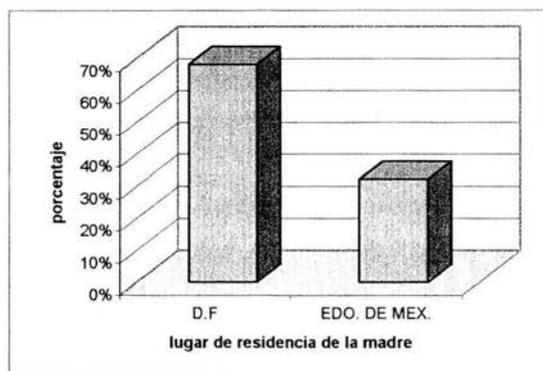
Lugar de residencia de las madres adolescentes en etapa de lactancia.

Lugar de residencia De la madre.	Frecuencia	Porcentaje
Distrito Federal	75	68%
Estado de México	35	32%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 3

LUGAR DE RESIDENCIA



FUENTE: CUADRO N. 3

Análisis del cuadro N. 3

El lugar de residencia de las madres seleccionadas, el 68% se encuentra dentro del Distrito Federal, y el 32% habitan en el Estado de México, así mismo nos proporciona una idea de los servicios de salud a los que tienen acceso debido a las diferencias existentes entre la zona urbana y semiurbana marcadas por el estilo de vida, las costumbres y la forma en que los habitantes satisfacen sus necesidades primordiales dado que adquieren distinto carácter dentro de una misma cultura de acuerdo al estatus socioeconómico, limitando a las madres a tomar decisiones adecuadas sobre lactancia materna.

CUADRO N. 4

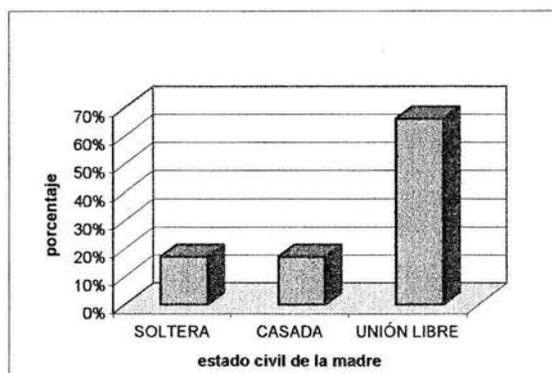
Estado civil de las madres adolescentes en etapa de lactancia.

Estado civil de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	19	17%
Casada	19	17%
Unión libre	72	66%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 4

ESTADO CIVIL DE LA MADRE



FUENTE: CUADRO N. 4

Análisis del cuadro N.4

Se observa que el 66% de las madres viven en unión libre, el 17% es casada y el otro 17% son solteras. En los sectores marginales la mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y 17 años como un intento de mejorar las condiciones de precariedad en las que vive, ella sueña que casándose todo será mejor, pero a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja.

La unión libre implica una relación de pareja poco estable, que puede dar origen a madres solteras con falta de apoyo económico que las lleva a ingresar a la vida laboral, siendo todo esto un factor de riesgo para la suspensión de la lactancia materna.

CUADRO N. 5

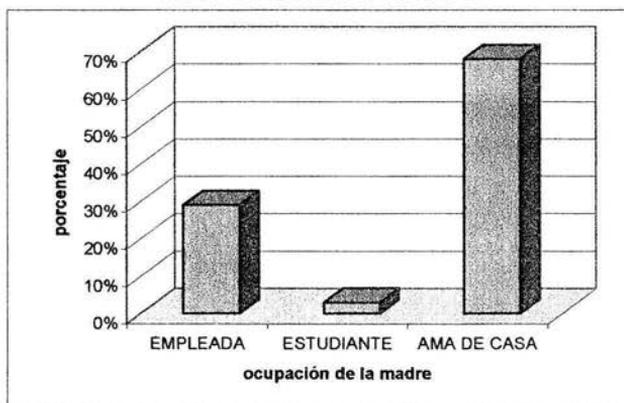
Ocupación de la madre adolescente en etapa de lactancia.

Ocupación de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	32	29%
Estudiante	3	3%
Ama de casa	75	68%
Total	110	

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 5

OCUPACION DE LA MADRE



FUENTE: CUADRO N. 5

Análisis del cuadro N. 5

Se observa que el 68% de las madres adolescentes son amas de casa, el 29% es empleada y solo el 3% es estudiante. El mayor riesgo de suspender la lactancia materna se encuentra dentro de la madre trabajadora al colaborar con la economía familiar para sufragar las necesidades de la misma, le impide tener el suficiente tiempo para amamantar y brindarle los cuidados necesarios a su hijo, al igual que la madre que estudia busca salidas rápidas para la alimentación de su hijo fracasando así la lactancia materna.

La ley federal del trabajo en el artículo 170, establece que la madre disfrutará de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto y en el periodo de lactancia tendrán dos reposos extraordinarios por día de media hora cada uno, para alimentar a su hijo. Lamentablemente estos derechos solo se aplican en trabajos formales y por lo general las adolescentes no tienen trabajos formales.

CUADRO N. 6

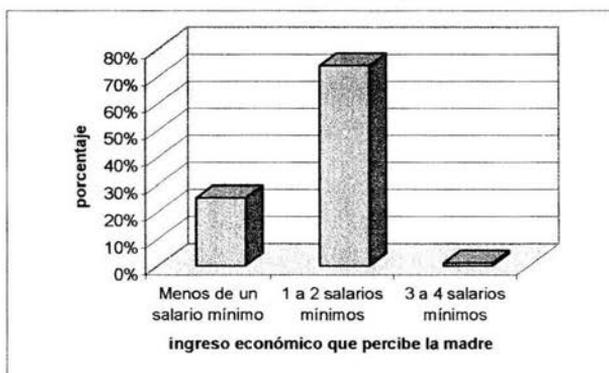
El ingreso económico que perciben las madres adolescentes.

Ingreso económico que Recibe la madre	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un salario mínimo	28	25%
1 a 2 salarios mínimos	81	74%
3 a 4 salarios mínimos	1	1%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 6

INGRESO ECONOMICO MENSUAL QUE PERCIPE LA MADRE.



FUENTE: CUADRO N. 6

Análisis del cuadro N. 6

El 74% de las madres perciben de 1 a 2 salarios mínimos mensuales y el 25% reciben menos de un salario mínimo y 1% de 3 a 4 salarios mínimos.

El ingreso económico que perciben estas madres es mínimo lo que limita el acceso y la afiliación a los servicios de salud (IMSS, ISSSTE), el nivel de calidad de vida de estas familias es bajo, por lo mismo la alimentación es deficiente, ya que los bajos ingresos se asocian al bajo nivel educativo. Los padres adolescentes no poseen las habilidades necesarias para conseguir un trabajo bien remunerado y conservarlo.

CUADRO N. 7

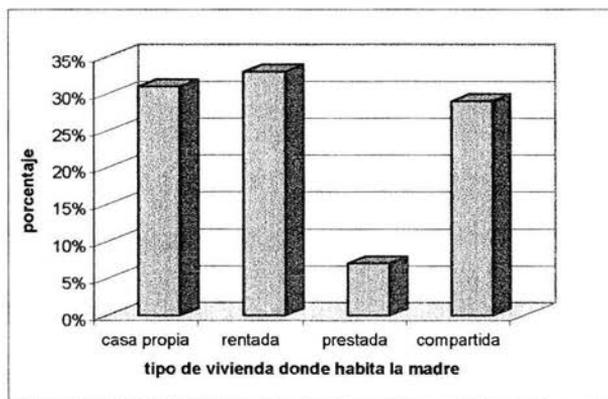
El tipo de vivienda que habitan las madres adolescentes seleccionadas.

Tipo de vivienda donde Habita la madre.	Frecuencia	Porcentaje
Casa propia	34	31%
Casa renta	36	33%
Casa prestada	8	7%
Casa compartida	32	29%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 7

TIPO DE VIVIENDA DONDE HABITA LA MADRE.



FUENTE: CUADRO N. 7

Análisis del cuadro N.7

La vivienda que habitan las madres adolescentes, el 33% vive en casa rentada afectando la estabilidad económica y familiar, el 31% en casa propia y el 29% comparte la vivienda con otra familia. Esto adquiere importancia si se considera como un factor de riesgo hacia el probable deterioro de las condiciones de salud debido a que no siempre se cuenta con los adecuados servicios sanitarios.

CUADRO N. 8

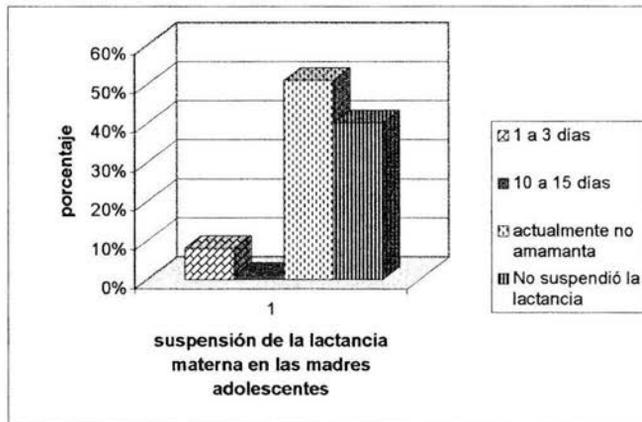
La suspensión de la lactancia materna en un periodo determinado que puede afectar la lactancia materna.

Suspensión de la lactancia materna En las madres adolescentes.	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 días	9	8%
10 a 15 días	1	1%
Actualmente no amamanta	56	51%
No suspensión la lactancia materna	44	40%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 8

SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LAS MADRES ADOLESCENTES.



FUENTE: CUADRO N. 8

Análisis del cuadro N. 8

El 40% de la población estudiada refiere no haber suspendido la lactancia materna mientras el 51% de la población suspendió de manera definitiva y solo el 9% suspendieron temporalmente la lactancia.

Definiendo así la lactancia materna como temporal si solo se suspende en un determinado tiempo, definitiva si no se reanuda o se inicia este procedimiento.

CUADRO N. 9

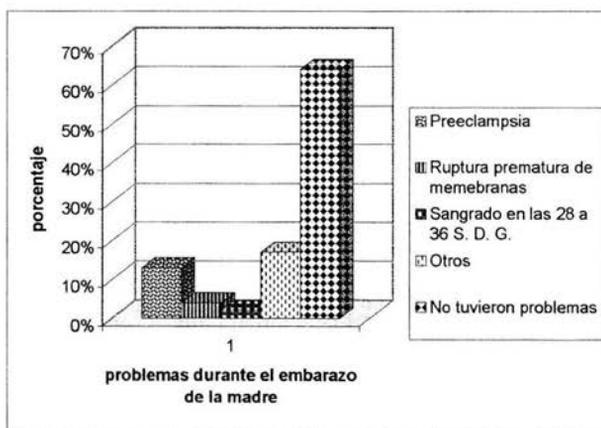
Problemas que tuvieron durante el embarazo las madres adolescentes para realizar el proceso de la lactancia materna.

Problemas durante el embarazo De la madre.	Frecuencia	Porcentaje
Preeclampsia	14	13%
Ruptura prematura de membranas	5	4%
Sangrado en las 28 a 36 S. D. G.	1	2%
Otros	19	17%
No tuvieron problemas	71	64%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 9

PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO DE LA MADRE.



FUENTE: CUADRO N.9

Análisis del cuadro N. 9

En la gráfica se observa que el 36% de la muestra tuvieron problemas en el embarazo como: preeclampsia (13%), ruptura prematura de membranas (4%), sangrado en las 28 a 36 semanas de gestación (2%) y otros problemas (17%) como: infección de vías urinarias, amenaza de aborto.

Estos problemas pueden ser un riesgo latente en el parto, porque pueden terminar en cesárea y problemas en el binomio. Tomando con mayor importancia la preeclampsia y la ruptura prematura de membranas ya que si no se tiene un control en el embarazo, pueden continuar con problemas en el puerperio como: eclampsia o infección puerperal y afectando la práctica de la lactancia materna.

CUADRO N. 10

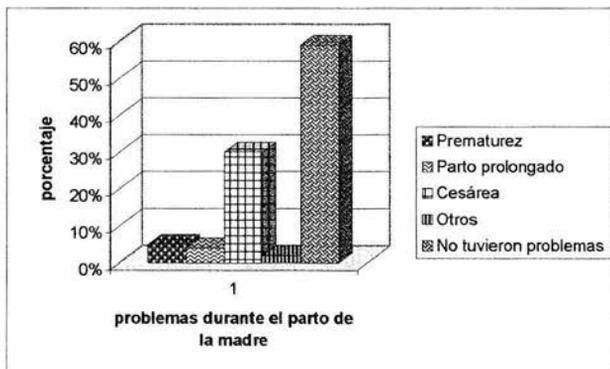
Problemas que tuvieron durante el parto las madres adolescentes que les impidieron realizar adecuadamente el proceso de la lactancia materna.

Problemas durante el parto De la madre.	Frecuencia	Porcentaje
Prematurez	6	5%
Parto prolongado	4	4%
Cesárea	33	30%
Otros	2	2%
No tuvieron problemas	65	59%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 10

PROBLEMAS DURANTE EL PARTO DE LA MADRE.



FUENTE: CUADRO N. 10

Análisis del cuadro N. 10

Referente a las complicaciones del parto el 41% presentó problemas como prematurez, parto prolongado entre otros, el 39% de estos problemas fueron operación cesárea, provocando así un retraso a la iniciación de la lactancia materna, ya que tanto la madre como el hijo pueden necesitar de cuidados especiales.

CUADRO N. 11

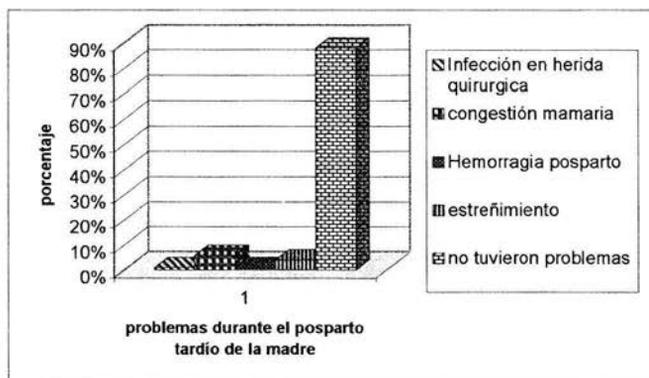
Los problemas que se presentaron en el posparto tardío de las madres adolescentes para realizar el proceso de la lactancia materna.

Problemas durante el posparto Tardío de la madre.	Frecuencia	Porcentaje
Infección en herida quirúrgica	1	1%
Congestión mamaria	7	6%
Hemorragia posparto	1	1%
Estreñimiento	4	4%
No tuvieron problemas	97	88%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 11

PROBLEMAS DURANTE EL POSPARTO TARDIO DE LA MADRE.



FUENTE: CUADRO N. 11

Análisis del cuadro N. 11

El 12% de la muestra presentó problemas en el posparto, de los cuales fueron hemorragia posparto (1%), infección en herida quirúrgica (1%), estreñimiento (4%) y el 6% presentó congestión mamaria; todos estos problemas perjudican el inicio o la continuidad de la lactancia materna.

La congestión mamaria es la consecuencia de situaciones frecuentes como: cuando no ha existido el inicio precoz de la lactancia materna o cuando se separa a la madre de su hijo los primeros días después del nacimiento.

CUADRO N. 12

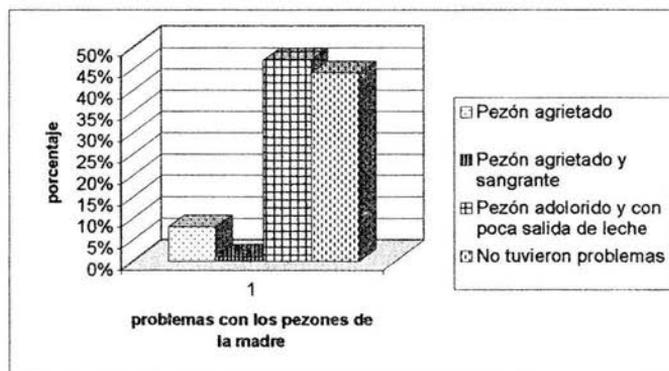
Problemas con los pezones de las madres adolescentes en el proceso de la lactancia materna.

Problemas con los pezones De las madres.	Frecuencia	Porcentaje
Pezón agrietado	9	8%
Pezón agrietado y sangrante	1	1%
Pezón adolorido y con poca Salida de leche	52	47%
No tuvieron problemas	48	44%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 12

PROBLEMAS CON LOS PEZONES DE LA MADRE.



FUENTE: CUADRO N. 12

Análisis del cuadro N. 12

El 56% de la población encuestada refirió problemas con los pezones, de los cuales el 47% presentaron pezones adoloridos y el 9% presentó pezones agrietados. Los pezones pueden irritarse en cualquier época de la lactancia; se asocian a la exposición repentina a la acción de mamar y una técnica defectuosa referida por una mala posición, la forma del pezón (plano o invertido) por lo cual pueden surgir erosiones, grietas, dermatitis en los pezones.

CUADRO 13

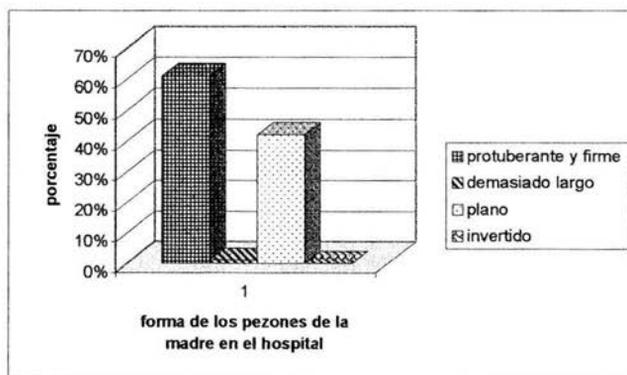
Las características de los pezones de las madres adolescentes durante la estancia en el Hospital Materno Infantil de Tlahuac en proceso de lactancia materna.

Forma de los pezones de la Madre en el hospital.	Frecuencia	Porcentaje
Protuberante y firme	67	61%
Demasiado largo	1	1%
Plano	42	38%
Invertido	0	0%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N.13

FORMA DE LOS PEZONES DE LA MADRE EN EL HOSPITAL.



FUENTE: CUADRO N. 13

Análisis del cuadro N. 13

La muestra refiere que el 61% tienen pezones adecuados para la lactancia materna sin embargo el 38% presentan pezones planos, lo cual es un problema latente para el inicio de la lactancia materna, ya el pezón tiene poca protuberancia impidiendo que el niño lo tome y así dificultando succión.

CUADRO N. 14

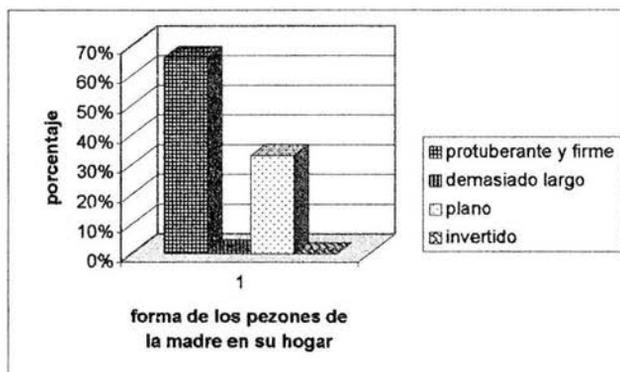
Características de los pezones de las madres adolescentes que se encuentran en su hogar llevando el proceso de la lactancia materna

Forma de los pezones de la Madre en su hogar.	Frecuencia	Porcentaje
Protuberante y firme	73	66%
Demasiado largo	1	1%
Plano	36	33%
Invertido	0	0%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 14

FORMA DE LOS PEZONES DE LA MADRE EN SU HOGAR



FUENTE: CUADRO N. 14

Análisis del cuadro N. 14

En la gráfica se observa que el 66% mantuvo los pezones adecuados para la lactancia, pero 33% refiere no haber modificado la forma de sus pezones, siendo que todavía los tienen planos.

Esto muestra que existe poco o nulo trabajo del personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales), en actividades de educación para la salud dirigidas a la capacitación de la lactancia materna.

CUADRO N. 15

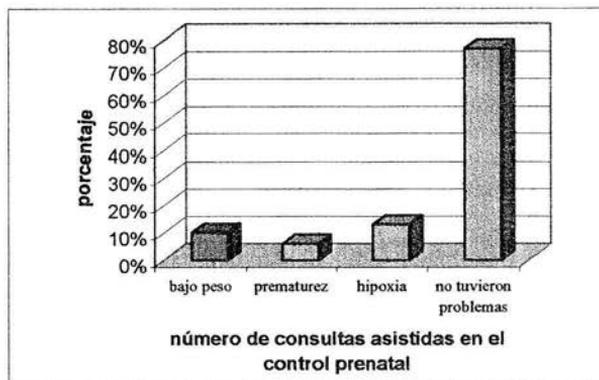
Problemas con el recién nacido de las madres adolescentes en la etapa de lactancia materna.

Problemas con el recién nacido de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	11	10%
Prematurez	7	6%
Hipoxia	14	13%
No tuvieron problemas	85	77%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 15

PROBLEMAS CON EL RECIÉN NACIDO DE LA MADRE.



FUENTE: CUADRO N. 15

Análisis del cuadro N. 15

En la gráfica se observa que el 29% de los recién nacidos presentaron problemas como: bajo peso al nacer (10%), prematurez (6%) e hipoxia (13%).

La succión del prematuro es poco vigorosa y se presenta inmadurez, incoordinación de los mecanismos de succión y deglución. El esfuerzo en sí consume demasiadas calorías y los lactantes de esta edad tienen un escaso control de su temperatura, ya que casi siempre deben permanecer en una incubadora.

CUADRO N. 16

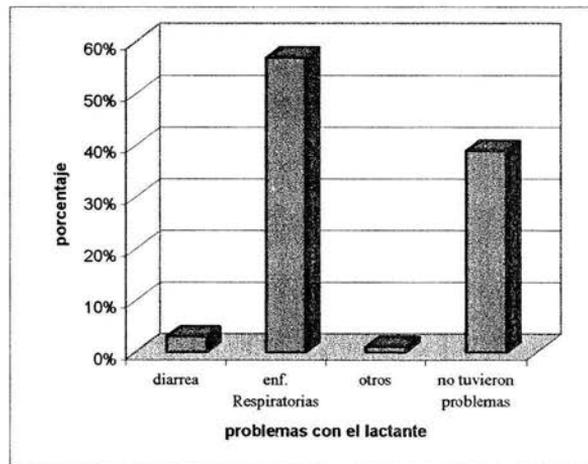
Problemas del lactante en el hogar de las madres adolescentes, que pueden determinar la suspensión temporal o definitiva de la lactancia materna.

Problemas con el lactante	Frecuencia	Porcentaje
Diarrea	3	3%
Enfermedades respiratorias	63	57%
Otros	1	1%
No tuvieron problemas	43	39%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 16

PROBLEMAS CON EL LACTANTE



FUENTE: CUADRO N. 16

Análisis del cuadro N. 16

Se observa que el 57% de los lactantes presento enfermedades respiratorias y solo el 3% presento enfermedades diarreicas. No siendo esto un problema para la continuación de la lactancia materna, lo cual no impide que el niño se alimente al seno materno ya que este le proporciona defensas a su organismo ayudándolo a su pronta recuperación.

CUADRO N. 17

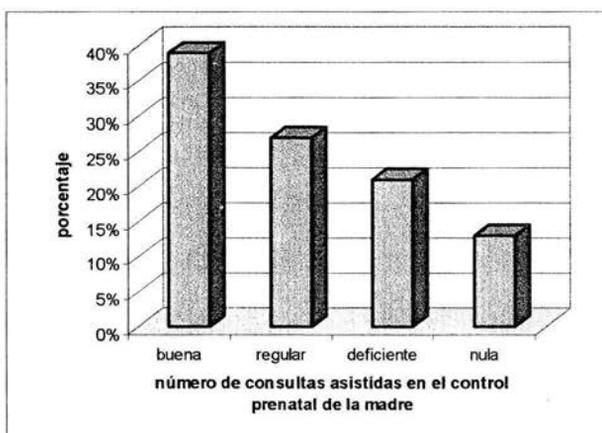
Número de consultas prenatales a las que acudió la madre adolescente.

Número de consultas asistidas en el Control prenatal de la madre.	Frecuencia	Porcentaje
C. P. de alto riesgo (+ de 8 consultas)	29	26%
C. P. regular (5 a 7 consultas)	31	28%
C. P. deficiente (3 a 4 consultas)	36	33%
C. P. nulo (2 a 0 consultas)	14	13%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 17

NÚMERO DE CONSULTAS ASISTIDAS EN EL CONTROL PRENATAL DE LA MADRE.



FUENTE: CUADRO N. 17

Análisis del cuadro N. 17

El 54% de la muestra estudiada refirió haber asistido a un control prenatal regular, es decir a más de 5 consultas y el 46% refirió haber tenido un control prenatal deficiente o nulo, ya que solo asistieron de 4 a 0 consultas.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de riesgo obstétrico, a la prevención, orientación y tratamiento de estos.

La SSA (1993) establece que “la unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo 5 consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación.

CUADRO N.18

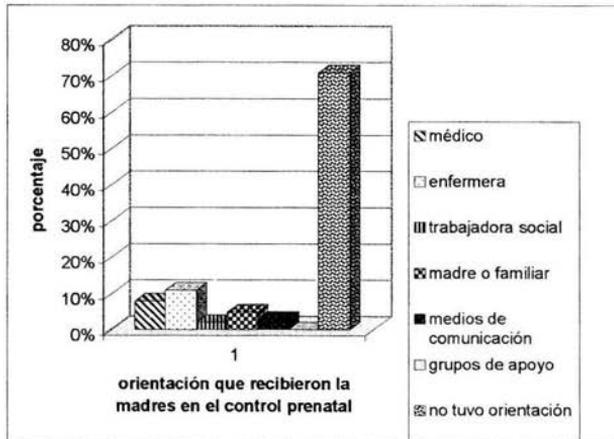
Orientación que recibieron las madres adolescentes sobre lactancia materna por el personal de salud en etapa prenatal.

Orientación que recibieron las madres En el control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Médico	9	8%
Enfermera	12	11%
Trabajadora social	2	2%
Madre o familiar	6	5%
Medios de comunicación	3	3%
Grupos de apoyo	0	0%
No recibieron orientación	78	71%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N.18

**ORIENTACIÓN QUE RECIBIERON
LAS MADRES EN EL CONTROL PRENATAL**



FUENTE: CUADRO N. 18

Análisis del cuadro N. 18

Se observa en la gráfica que solo el 29% recibió orientación sobre el proceso de la lactancia materna y el 71% no recibió esta información.

Es una realidad que durante el control prenatal, los profesionales de salud no efectúan un examen físico completo, ni realizan actividades de promoción de la salud y prevención de ola enfermedad, por lo tanto no pueden preparar ni motivar a las madres para una lactancia materna exitosa.

CUADRO N. 19

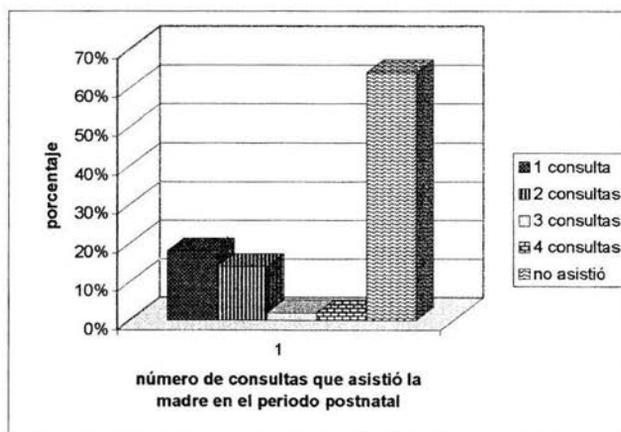
Número de consultas postnatales a las que acudieron las madres adolescentes.

Número de consultas que acudió la madre En el periodo postnatal.	Frecuencia	Porcentaje
1 consulta	20	18%
2 consultas	16	14%
3 consultas	2	2%
4 consultas	2	2%
No asistió	70	64%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 19

NÚMERO DE CONSULTAS QUE ACUDIÓ
LA MADRE EN EL PERIODO POSTNATAL.



FUENTE: CUADRO N. 19

Análisis del cuadro N. 19

En la grafica se observa que 64% no asistió a consultas postnatales, el 18% solo asistió a una consulta y el 18% asistió de 2 a 4 consultas. Esto limita el buen desarrollo de la lactancia materna ya que si tuvieron problemas para lactar no se puede corregir, prevenir o dar una orientación mas precisa para tal problema.

La SSA (1993) propone que “se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles”.

CUADRO N. 20

Personal que proporcionó orientación a las madres adolescentes sobre lactancia materna durante el periodo postnatal.

Orientación que recibieron las madres En el periodo postnatal.	Frecuencia	Porcentaje
Médico	9	8%
Enfermera	5	4%
Trabajadora social	5	5%
Madre o familiar	0	0%
Medios de comunicación	1	1%
Grupos de apoyo	0	0%
No recibieron orientación	90	82%
Total	110	100%

FUENTE: IBIDEM

GRAFICA N. 20

ORIENTACIÓN QUE RECIBIERON LAS MADRES EN EL PERIODO POSTNATAL.



FUENTE: CUADRO N. 20

Análisis del cuadro N. 20

En la gráfica se observa que el 82% no recibió orientación sobre lactancia materna y solo el 18% recibió orientación por el personal de salud.

Es evidente la falta de preparación y disponibilidad de tiempo por parte del personal de salud para dar información y captar a las madres que tienen estos problemas, ya que desde el control prenatal se puede detectar y corregir y se puede obtener una lactancia exitosa.

La norma oficial de la secretaría de salud (1993), indica que durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

CONCLUSIONES

La iniciación de la lactancia materna en los primeros meses de vida del lactante es importante, ya que de esta se obtienen beneficios no solo para el hijo, sino también para la madre; esta leche cuenta con proteínas, vitaminas, defensas, células vivas, que cubren todas las necesidades nutricionales, reforzando el todavía inmaduro sistema inmunológico, protegiendo al niño contra diversas enfermedades.

Amamantar favorece que el útero de la madre se contraiga y vuelva más rápido a su sitio, la leche materna siempre esta lista a temperatura adecuada, se digiere mejor y además es gratis, el contacto físico de lactancia materna permite una intimidad especial que incrementa el vínculo afectivo (madre-hijo). (Lecumberri L., 2000)

Pero desafortunadamente esta actividad no es llevada a cabo de forma satisfactoria ya que el 51% de las madres adolescentes encuestadas, no amamanta actualmente a su hijo; todo esto ha llevado a una falta de información sobre el tema que induce a fracasos en muchas madres que lo intentan debido a que para las adolescentes no es fácil amamantar un hijo, ya que esto se requiere un aprendizaje de la crianza y la técnica adecuada de amamantar.

Se observa que la mayoría de las madres tienen las características apropiadas del pezón pero esto no quiere decir que lleven una buena técnica, debido a que el 47% de ellas presentó pezones adoloridos y con poca salida de leche lo que nos lleva a reafirmar que llevan una mala técnica de amamantar.

La importancia durante el embarazo, parto y puerperio es llevar un control prenatal y postnatal adecuados, en la cual se permite informar a la madres sobre los cambios físicos y psicológicos que va sufriendo durante estas etapas con el fin de informar oportunamente sobre los posibles riesgos que se pueden presentar en el embarazo, parto y puerperio, tratando de evitar así el retraso a la iniciación de la lactancia materna; resultando así en la encuesta la presentación de problemas durante el embarazo en un 36%, en el parto 41% y en el puerperio solo el 12% de las madres encuestadas. Observando que solo el 39% de las madres que acudió a más de 6 consultas (considerado como un buen control prenatal), solo el 27% asistió regularmente y el 34% restante tuvo una asistencia deficiente, dentro de dichas consultas solo el 29% recibieron orientación sobre lactancia materna. En cuanto al control postnatal se observo que el 69% de estas no acudió a consulta, debido a la poca información recibida en el control prenatal y el interés que tiene la madre.

El cuidado de un hijo para una madre que está sola es muy complicado, las madres adolescentes carecen de sistema de apoyo, madurez emocional y adquisición de estrategias para llevar a cabo una maternidad adecuada, tienen dificultad para afrontar responsabilidades en el cuidado de sus hijos, sí ellas no terminaron su etapa de aprendizaje como hijas es natural que encuentren muchas dificultades en asumir sus responsabilidades como madres; observando que el 62% tiene entre 18 y 14 años y solo 38% tiene 19 años de edad, además a su bajo grado de escolaridad encontrando que el 53% cuenta con la secundaria ya sea completa o incompleta, el 29% cuenta con

la primaria sea completa o incompleta, esto crea un problema para las jóvenes ya que limita sus posibilidades económicas ya que no puede desempeñar un trabajo que no sea desgastante y bien remunerado, o sólo conformarse con el sueldo de su pareja.

El mayor riesgo de suspender la lactancia materna se encuentra entre las madres trabajadoras al igual que la madre que estudia, al colaborar o sostener la economía familiar, esto le impide tener el suficiente tiempo para amamantar y brindarle los cuidados necesarios a su hijo, ellas buscan salidas rápidas para la alimentación de su hijo, fracasando así la lactancia materna. Obteniendo de la muestra que el 29% son empleadas y solo el 3% son estudiantes.

Debido al ingreso económico que perciben dichas madres se limita su calidad de vida, ya que el 74% tiene un ingreso de 1 a 2 salarios mínimos mensuales y el 25% recibe menos de un salario mínimo mensual.

La información y conocimiento, obtenido sobre la lactancia proviene especialmente del médico y del personal de enfermería. En la encuesta se obtuvo que el 29% recibieron orientación en el control prenatal y solo el 18% recibieron orientación en el control postnatal.

Es evidente la falta de preparación y disponibilidad de tiempo por parte del personal de salud para dar información y captar a las madres que tienen estos problemas, ya que desde el control prenatal se puede detectar y corregir, logrando así una lactancia materna exitosa.

SUGERENCIAS

En la lactancia materna la madre y el hijo son los protagonistas de esta etapa, ya que una mujer que quiere amamantar solo tiene que sentir y confiar en que es capaz de hacerlo.

Esto se puede lograr por medio de instituciones de la secretaría de salud y privadas, fomentando la lactancia materna por medio de la difusión a través de los medios de comunicación, esta es una forma viable de dar a conocer a la población y fomentar el interés de acercarse y adquirir información acerca de la lactancia materna y la relactancia e inclusive los derechos que tiene como madre trabajadora.

Obteniendo y difundiendo los diez pasos antes mencionados para una buena lactancia materna. En el caso que la madre no haya lactado o dejó de lactar se puede reiniciar este proceso por medio de la relactancia, la cual brinda los mismos beneficios de la leche que tenía al principio del nacimiento del hijo. Como se menciona en el marco teórico, esto se hace preparando el pezón (si se tenía plano), masajeando los senos en forma circular y de arriba hacia abajo sin lastimarlos, colocar al niño en una posición adecuada para no lastimar los pezones y sean lesionados, las tetadas deben ser 15 minutos en cada seno, así lubricando y evitando lesiones. La alimentación es a

libre demanda o adecuándose a los horarios de alimentación complementaria y/o del trabajo desempeñado.

En la ley federal del trabajo menciona "en el tiempo que dura la lactancia la mujer tiene dos descansos extraordinarios por día de media hora cada uno para alimentar a sus hijos en un lugar adecuado e higiénico que le señale la empresa". Esto es para dar a conocer los derechos que tiene la madre trabajadora y así ella pueda exigir sus derechos para amamantar.

Los agentes y profesionales de la salud, se sugiere continuar con las acciones educativas encaminadas a incrementar la cobertura de la práctica de la lactancia materna en el departamento de salud pública.

Continuar con las actividades académicas durante la formación de los profesionales de la salud que los habilite como líderes en los programas de promoción, prevención y atención al binomio madre-hijo.

ANEXOS

ANEXO 1

DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLAHUAC

“LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA SUSPENSION TEMPORAL O DEFINITIVA
DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLAHUAC”

Instrucciones: Lee cuidadosamente cada pregunta y subraya la respuesta correcta.

I. Datos de identificación.

Nombre completo: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

II. Aspectos socioeconómicos

1.- El lugar donde vive es:

- (a) Casa propia
- (b) Rentada
- (c) Prestada
- (d) Compartida

2.- Ingreso económico mensual:

- (a) Menos de un salario mínimo
- (b) De 1 a 2 salarios mínimos
- (c) De 3 a 4 salarios mínimos
- (d) Más de 5 salarios mínimos

3.- ¿La actividad que desempeña le impide amamantar a su hijo?

(a) Si (b) No

III. Determinación de la suspensión de la lactancia materna

4.- ¿Ha suspendido la lactancia materna?

() Si () No

- (a) 1 a 3 días
- (b) 10 a 15 días
- (c) Actualmente no amamanto a mi hijo

IV. Problemas durante el embarazo, parto y puerperio

5.- Durante el proceso de su embarazo, parto y posparto, presento alguno de los siguientes problemas:

En el embarazo () Si () No

- (a) Presión alta
- (b) Se le rompió la fuente antes de tiempo
- (c) Sangrado entre el séptimo y el octavo mes del embarazo
- (d) Otro menciónelo: _____

En el parto () Si () No

- (a) Su hijo nació antes de los nueve meses
- (b) Tardo más de 12 horas en nacer su hijo
- (c) Tuvo cesárea
- (d) Otro menciónelo: _____

En el posparto () Si () No

- (a) Infección en herida quirúrgica (cesárea)
- (b) Inflamación, dolor y enrojecimiento de los senos
- (c) Después del parto presento sangrado abundante
- (d) Otro menciónelo: _____

6.- ¿Ha tenido problemas en los pezones para amamantar a su hijo?

() Si () No

- (a) Pezón agrietado
- (b) Pezón agrietado y sangrando
- (c) Adoloridos y con poca salida de leche

7.- Sus pezones tienen las siguientes características:

- (a) Pezón protuberante y firme
- (b) Pezón demasiado largo
- (c) Pezón plano
- (d) Pezón invertido

8.- Su hijo presenta alguno de los siguientes problemas:

() Si () No

- (a) Niño de bajo peso
- (b) Paladar hendido
- (c) Labio leporino
- (d) Síndrome de down
- (e) otro: _____

V. Capacitación sobre la lactancia materna.

9.- ¿Asistió a sus consultas de control prenatal?

() Si () No ¿Cuántas veces? _____

10.- ¿Recibió orientación sobre lactancia materna durante su control prenatal?

() Si () No

- (a) Médico
- (b) Enfermera
- (c) Trabajadora social
- (d) Madre u otro familiar
- (e) Medios de comunicación
- (f) Grupos de apoyo

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adolescencia: periodo que abarca desde el inicio de la pubertad hasta el cese del crecimiento físico. Los adolescentes oscilan entre el ser niño y el ser adultos. Se están ajustando a los cambios que sufre su cuerpo, y trabajan por establecer una identificación sexual y usar estos cambios para su beneficio personal y el beneficio de la sociedad. El estrés y la enfermedad causan retrasos temporales en este avance hacia la maduración.

Aftas: pequeñas úlceras, en especial los puntos blancuzcos o rojizos en la boca, características de estomatitis aftosa.

Amamantar: alimentación del recién nacido al seno materno.

Amenorrea: ausencia de la menstruación

Anticonceptivo: agente que disminuye la posibilidad o evita la concepción.

Areola: zona pigmentada de forma circular en la mama, es de color café oscuro que rodea al pezón de la glándula mamaria.

Atonia Uterina: falta de contracción eficaz del útero después del parto.

Bacterias: cualquier microorganismo procariota. Las bacterias son microorganismos celulares que difieren de los demás (los eucariotas) en que carecen de un verdadero núcleo y organelos, como mitocondrias, cloroplastos y lisosomas.

Calostro: líquido poco espeso, amarillo, lechoso que secreta la glándula mamaria a partir de la semana 16 de la gestación y hasta 3 0 4 días después del nacimiento, cuando se inicia la lactancia. Su concentración de proteínas es alta e inicialmente baja en lactosa; el contenido en grasas es equivalente al de la leche producida por la mama. Es una importante fuente pasiva de anticuerpos.

Caseína: proteína específica de la leche que se caracteriza por su elevado contenido de prolina.

Congestión mamaria: exceso de leche contenida en las mamas que provoca que se pongan duras, calientes, tensas y con piel brillante.

Control prenatal: vigilancia del desarrollo del embarazo y crecimiento del feto, así como el estado de salud en el que se encuentra la madre.

Desnutrición: nutrición deficiente producida por una dieta inadecuada, o que se origina en algún defecto en el metabolismo, lo cual impide que el cuerpo utilice en forma adecuada la comida.

Destete: suspensión de la lactancia al seno materno, sustituyéndola con otros hábitos alimenticios.

Disacárido: tipo de azúcar en la que la hidrólisis produce dos moléculas de monosacáridos.

Eructar: expulsión de gas o aire del estómago por la boca.

Estéril: aséptico, que no produce microorganismos; sin microorganismos vivos.

Estrógeno: termino genérico con el que se denominan compuestos que producen el estro. Hormonas sexuales femeninas que incluyen estradiol, estriol, y estrona.

Eyección láctea: salida de leche que se encuentra contenida en el interior de la mama.

Fascia: cinta o banda de tejido fibroso, como la situada por debajo de la piel, o que forma un revestimiento para los músculos o los diversos órganos del cuerpo.

Galactosa: monosacárido derivado de la lactosa. La D-galactosa se encuentra en la lactosa, cerebrósidos del encéfalo, rafinosa de la remolacha y en muchas gomas y algas. La L-galactosa se encuentra en el mucílago de la linaza.

Galactorrea: producción inapropiada de leche, aun sin estar amamantando.

Galactosemia: consiste en un error del metabolismo de los carbohidratos, se hereda como un trastorno autosómico recesivo. Trastorno bioquímico determinado genéticamente, en el cual falta la enzima necesaria para el metabolismo adecuado de la galactosa. En condiciones normales, el azúcar derivado de la lactosa en la leche se transforma mediante acción enzimática en glucosa. Cuando no ocurre la conversión de galactosa en glucosa, en el azúcar se acumula en tejidos y sangre.

Hemorragia: pérdida de sangre de más de 500 ml durante el parto o dentro de las primeras 24 horas posparto.

Hipotermia: temperatura corporal subnormal. Puede ser síntoma de enfermedad o accidente.

Hipotonía: es la disminución en el tono muscular con débil capacidad de la deglución y succión.

Ictericia: coloración amarillenta de la piel, esclerótica, membranas mucosas y excreciones se debe a hiperbilirubinemia y al depósito de pigmentos biliares en piel, mucosas y esclerótica.

Infección puerperal: invasión y multiplicación de microorganismos en tejidos del cuerpo.

Inmunidad activa: Se establece de dos maneras: mediante el desarrollo de la enfermedad o con la recepción de patógenos y toxinas modificadas. Cuando un

individuo se expone a la enfermedad y los patógenos penetran en su cuerpo, se inicia la producción de anticuerpos. Después de recuperarse de la enfermedad, las células de memoria permanecen en su cuerpo y quedan listas como defensa contra una invasión futura. Inmunidad adquirida atribuible a presencia de anticuerpos o células linfoides inmunitarias, formadas como reacción a un estímulo antigénico.

Inmunidad pasiva: inmunidad transitoria producida por inyección de un anticuerpo preformado en seres humanos. La inmunidad se adquiere con rapidez pero dura pocas semanas o meses, hasta que el suero ajeno es eliminado del cuerpo. Las inmunoglobulinas son de dos tipos: 1) las humanas normales se preparan a partir de mezclas de plasma de numerosos donadores. Se emplean para proteger contra hepatitis A y para tratamiento de trastornos congénitos de producción de gammaglobulina; 2) las humanas de tipo específico, elaboradas a partir del plasma de ciertos donadores que se seleccionan con base en altas concentraciones de anticuerpos contra enfermedades específicas.

Inmunoglobulinas: proteína de origen animal con actividad reconocida de anticuerpos. Las inmunoglobulinas conforman los principales componentes del sistema humoral de la reacción inmunitaria. Son sintetizadas por linfocitos y células plasmáticas, y se encuentran en el suero y otros líquidos y tejidos corporales, incluyendo orina, líquido cefalorraquídeo, ganglios linfáticos. Bazo.

Cada molécula de inmunoglobulina consta de cuatro cadenas peptídicas: dos pesadas y dos ligeras. Hay cinco tipos antigénicamente distintos de cadenas P, y esta diferencia es la base de la clasificación de inmunoglobulinas. Cada clase varía en su estructura química y en el número de sitios fijadores de antígeno, y se adhiere y reacciona sólo con el antígeno específico contra el que se produjo. Las cinco clases de inmunoglobulinas (Ig) son: IgA, IgD, IgE, IgG e IgM.

Involución uterina: es el proceso de cambios regresivos en la anatomía de los órganos genitales femeninos y otros sistemas y aparatos, del estado de gravidez a término, alterado en grado máximo, aun estado que semeja un estado cercano al previo al embarazo.

Lactancia: periodo en el cual se alimenta al lactante con leche materna o fórmula láctea.

Lactancia materna a libre demanda: alimentación del lactante al seno materno con mayor frecuencia cada que el lactante lo demande.

Lactobacilo: genero de bacterias. Se considera que algunas están relacionadas con la etiología de las caries, dental, aunque por lo demás no son patógenas producen ácido láctico mediante fermentación.

Lactosa: azúcar derivado de la leche, el cual produce glucosa o galactosa por hidrólisis.

Lactoferrina: proteína que tiene particular afinidad para adherirse al hierro que tiene acción bacteriostática para la E. coli, cándida y tiene efecto antimicrobiano.

Lactogénesis: iniciación de la secreción láctea.

Lactoperoxidasa: es parte del sistema antimicrobiano presente en la leche materna.

Lactopóyesis: mantenimiento de la secreción Láctea.

Leche madura: leche secretada por la mama después del primer mes del nacimiento del niño.

Leche de transición: leche secretada entre el sexto día y las dos primeras semanas de nacido el niño.

Lisozima: proteína encontrada en cantidad elevada en la secreción láctea, funciona como enzima antibacteriana.

Mamogénesis: es el principio del desarrollo de la mama.

Mastitis: durante el periodo primario de lactancia a veces se observa una inflamación leve llamada mastitis por éxtasis o mastitis costrosa las glándulas mamarias se congestionan con leche, formándose crecimiento doloroso.

Meconio: sustancia mucilaginosa verde oscura del intestino de fetos a termino. Constituye las primeras heces que evacua el recién nacido. Cuando se encuentra en el líquido amniótico indica sufrimiento fetal.

Menarquia: aparición de la primera menstruación.

Menopausia: cese de la menstruación.

Minerales: cualquier sustancia natural, sólida, homogénea y no orgánica. Hay 19 o más minerales que entran en la composición corporal. Al menos 13 son esenciales para la salud. Estos minerales deben obtenerse mediante la alimentación con dieta variada o mixta de origen animal y vegetal que llene los requisitos de energía y proteínas.

Obesidad: acumulación excesiva de grasa en el cuerpo. Incremento de peso más allá de lo que se considera normal en relación con edad, estructura ósea y estructura.

Operación cesárea: nacimiento de un niño por incisión a través de la pared abdominal hasta el útero.

Ovulación: descarga de un óvulo a partir de un folículo de DE GRAAF. En condiciones normales, la ovulación en la mujer adulta ocurre a intervalos regulares de 28 días y se alterna entre los dos ovarios. En general sólo se produce un óvulo, pero en ocasiones la ovulación libera dos o más. Durante las semanas precedentes empieza a desarrollarse un folículo de DE GRAAF (acumulación de células en el ovario que contiene el óvulo). En el momento de la ovulación el folículo se rompe y se desprende el óvulo.

Oxitocina: hormona hipotalámica almacenada y liberada por la hipófisis posterior o preparada de manera sintética. Es un potente estimulante del útero embarazado en especial hacia el fin de la gestación. Esta hormona también provoca que se secrete la leche de los alvéolos hacia los conductos lactíferos durante la succión.

Páncreas: está compuesto por tejido endocrino y exocrino. Los acinos secretan enzimas digestivas y los conductillos que vienen desde ellos, una solución de bicarbonato de sodio. El producto combinado se llama jugo pancreático y entra en un largo conducto, desde el cual es transportado a través del conducto hepático al duodeno.

Parto anormal: cualquier variación en el patrón normal de dilatación cervical o descenso de la parte de presentación fetal.

Pezón: protuberancia que se encuentra en la punta de la glándula mamaria rodeado de la areola, que al momento de succión secreta leche.

Placenta: órgano característico de los mamíferos verdaderos que se desarrolla durante el embarazo, une a la madre con su hijo; proporciona secreción endocrina e intercambio selectivo de sustancias solubles en la sangre a través de la posición de los tejidos uterino y coriónico.

Preeclampsia: complicación del embarazo avanzado, caracterizada por hipertensión, albuminuria y edema, pero sin convulsiones.

Progesterona: hormona, esteroide sexual, la principal hormona progestacional. Cumple una función muy importante en el ciclo menstrual. Durante la maduración del óvulo, se produce una gran cantidad de estrógeno, la principal hormona sexual femenina.

Prolactina: hormona secretada por la hipófisis anterior; que estimula y mantiene la producción de leche en los mamíferos después del parto y muestra actividad luteotrófica en algunos de ellos.

Proteína: cualquier compuesto orgánico grande, formado por uno o más polipéptidos que son cadenas de aminoácidos unidos por enlaces polipeptídicas entre el radical amino de un aminoácido.

Puerperio: periodo de seis a ocho semanas después del nacimiento, cuando el cuerpo, en particular las vías genitales, regresa en forma casi completa a su estado previo al embarazo.

Relactancia: proceso por el cual se estimula la producción de leche en una mujer que ha dado a luz pero no dio pecho al principio. También es la situación en la cual la madre dio el pecho, destete a su hijo y desea volver a amamantar.

Ruptura prematura de membranas: es la rotura espontánea de estas que se produce al iniciarse el trabajo de parto. Cuando esta rotura se produce antes de las 37 semanas de gestación.

Sepsis: presencia en la sangre u otros tejidos de microorganismos patógenos o sus toxinas; estado relacionado con dicha presencia.

Suspensión definitiva: es el periodo de suspensión de treinta a más días sin amamantar al lactante.

Suspensión de la lactancia materna: es la interrupción temporal o definitiva de la alimentación del recién nacido al seno materno.

Suspensión temporal: es el periodo de suspensión de la lactancia materna en un periodo de tres a veinte días.

Taurina: aminoácido esencial para el desarrollo del cerebro.

Tiroxina: hormona de la glándula tiroides que contiene yodo y que se deriva del aminoácido tiroxina. El nombre químico de la tiroxina es tetrayodotironina (T4); se forma y almacena en los folículos tiroideos como tiroglobulina. La tiroxina es liberada de la glándula por la acción de una enzima proteolítica. La T4 pierde yodo en los tejidos periféricos y forma triyodo tironina (T3), la cual tiene una actividad biológica mayor.

Tubérculos de montgomery: pequeños corpúsculos localizados en la areola que durante la lactancia producen una secreción que lubrica la piel.

Trabajo de parto: la progesterona es mantenida a los niveles elevados del embarazo por el cuerpo amarillo. El trabajo de parto se puede inducir en cualquier momento durante la gestación. Se desencadena por un evento de maduración en el feto que produce una señal, o señales moleculares, que se transmiten luego a través del líquido amniótico a las membranas fetales. Esto genera un incremento en la producción de prostaglandinas por la membrana fetal y la decidua materna que a su vez, causa aumento en la actividad miometrial.

Trombosis venosa: la trombosis venosa es más frecuente en las piernas o en la pelvis. Es una complicación de la flebitis o se origina en lesión venosa o reposo prolongado en cama. Los síntomas: una sensación de pesantez, dolor, calor o inflamación de la parte afectada y quizás escalofríos y fiebre.

Virus: cualquier miembro de una clase de agentes infecciosos que originalmente se distinguieron por su pequeñez y su incapacidad para replicarse fuera de una célula huésped viva; en vista de que comparten estas propiedades con algunos otros microorganismos. Un virus está hecho de material genético que puede ser DNA o RNA; algunos están rodeados por una capa proteínica y, otros, por una envoltura membranosa.

Vitaminas: sustancia orgánica que se encuentra en alimentos y es esencial en pequeñas cantidades para el crecimiento, la salud y la preservación de la vida. El cuerpo requiere vitaminas al igual que otros elementos constituyentes de los alimentos, como proteínas, grasas, carbohidratos, minerales y agua.

BIBLIOGRAFIA

- ▷ Anthony, P. C., Anatomía y fisiología, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 10º edición; México 1996.
- ▷ Balseiro, A. L. Investigación en enfermería, Ed. Prado, México 1991.
- ▷ Brown, J., Compendio de ginecoobstetricia, Ed El manual moderno, México 1995.
- ▷ Brunner, L., Manual de la enfermera, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 4º edición; México 1991.
- ▷ Cervera C. K., Problemas familiares, en familias de nivel socioeconómico bajo, S. L. P., México 2002.
<http://www.contactohumano.org/areainvestigacion/temainformes/cneip2002problemasfamiliares.htm>
- ▷ Domínguez, M. J., Derecho civil, Ed. Porrúa, 6º edición, México 1997
- ▷ Dulanto, G. E. El adolescente, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México 2000.
- ▷ Ehrenfeld-Ienkiewicz N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada, salud pública de México 1994 (biblioteca virtual de la salud). <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/01/0203/arti.htm>
- ▷ Ferraez, M. Lactancia materna, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México 1998.
- ▷ Games, J., Introducción a la pediatría, Ed. Méndez editores, 6º edición, México 1997.
- ▷ Keymarketing, 2002, Niveles económicos,
<http://www.keymarketing.com.mx/niveles.html>
- ▷ García, S. B., el matrimonio, universidad abierta 2002.
<http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/G/Garcia%20Benito-EI%20matrimonio.htm>
- ▷ Helsing, E., Guía práctica para buena lactancia, Ed. Pax México, 3º edición, México 1990.
- ▷ Hernández, S. R., Metodología de la investigación, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2º edición, México 1999.
- ▷ Horrocks, J., Psicología de la adolescencia, Ed. Trillas, 6º edición, México 1997.

- ▷ Lacerva, V., Lactancia materna, Ed. El manual moderno, 4° edición, México 1990.
- ▷ Laparte, C., Diagnostico y control prenatal de embarazo, Norte Castilla, España 2003. <http://canales.nortecastilla.es/salud/28.htm>
- ▷ Lecumberri, E. L., La lactancia materna, el mejor comienzo, Grupo de apoyo lactancia y maternidad; universidad de Navarra, España 2000. <http://www.mundolactancia.iespana.es/mundolactancia/amagintza.htm>
- ▷ Ley Federal del Trabajo, Trabajo de las mujeres, <http://www.cybermex.net/copeson/lactancia/levfede.htm>
- ▷ Ley federal del trabajo y ley del seguro social, IMSS 2000. <http://iteso.mx/~ri48201/ift.htm>
- ▷ Martínez, R., La salud del niño y el adolescente, Ed. JCH editores ciencia y cultura latinoamericana, 3° edición, México 1998.
- ▷ May, V., Composición de la leche materna, 2000. <http://www.planetamama.com.ar/parto/lactancia/composicion.htm>
- ▷ Morris, P., Concepto de adolescencia, 2002. <http://www.tabaquismo.freehosting.net/PUBLICIDAD/PHILIPMORRIS.htm>
- ▷ Newman, J., Lactancia materna, revista Grupo de apoyo a la lactancia materna de Bariloche, Argentina 2000. <http://www.bariloche.com.ar/lactancia/matlac.htm>
- ▷ Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993), Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, Secretaría de Salud 2003. <http://www.salud.gob.mx/nom/007ssa23.html>
- ▷ Núñez, N., "Muñecas por niños" Adolescentes embarazadas, UNAM, 2003. <http://serpiente.dgsca.unam.mx/rompan/40/rf40d.html>
- ▷ Federación Panamericana de Facultades de Medicina (FEPAFEM) 2002, Relactancia. <http://www.fepafem.org/investigaciones/relactancia>
- ▷ Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000), Las mujeres proveen el 80% del cuidado de la salud. <http://www.onunet.org.uy/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=168&mode=thread&order=0&thold=0>
- ▷ Pardo, M. G., Lactancia materna "Guía practica para su manejo", Colombia 2003. http://www.encolombia.com/lactancia_guia2.htm

- ▷ Pólit, D., Investigación científica en ciencias de la salud, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 6° edición, México 2000.
- ▷ Ríos, E., La lactancia en las instituciones de salud en México, Ed. La prensa médica mexicana, México 1994.
- ▷ Rodríguez, D., Madre adolescente ¿estas preparada?
<http://www.terra.com/mujer/articulo/htm/hof8026.htm>
- ▷ Serrano, I., Madre adolescente tiene una relación dependiente con el bebé, Diario Médico 2000. <http://www.diariomedico.com/ginecologia/n240300.html>
- ▷ Unidad de estadística del Hospital Materno Infantil de Tlahuac. (2003)
- ▷ Vega, F. L., Alimentación y nutrición en la infancia, Ed. Méndez, México 1997.
- ▷ Weller, B., Diccionario enciclopédico de ciencias de la salud, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México 1997.