



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
CAMPUS ARAGÓN

**ADICION A LA FRACCION III PARA  
PRORROGAR EL PERIODO DE DESCANSO A  
QUE SE REFIERE EL ARTICULO 170 FRACCION  
II DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO EN  
CASO DE PARTO PREMATURO**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN DERECHO**  
P R E S E N T A :  
**VERONICA MONDRAGON ALVAREZ**

ASESOR LIC. EDUARDO TEPALT ALARCON

MÉXICO

200

5

m340097



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

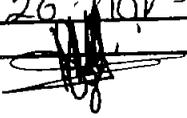
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Mondragón Álvarez  
Verónica

FECHA: 26 nov - 09

FIRMA: 

?

## **DEDICATORIAS**

### **A DIOS**

**POR SER MI GUIA, EN EL CAMINO DE LA VIDA, Y PERMITIRME LLEGAR A ESTE MOMENTO DE MI VIDA PROFESIONAL EN COMPAÑÍA DE MIS SERES QUERIDOS.**

### **A MIS PADRES**

**MANUEL MONDRAGON MONDRAGON Y CATALINA ALVAREZ GONZALEZ, CON TODO MI AMOR Y RESPETO, POR SER MI EJEMPLO A SEGUIR EN LA VIDA, YA QUE GRACIAS A SU ESFUERZO, DEDICACION Y APOYO QUE ME HAN BRINDADO A LO LARGO DE MI VIDA, SIN EL CUAL NO HUBIESE PODIDO CULMINAR UNO DE MIS GRANDES SUEÑOS.**

### **A MI ESPOSO**

**MIGUEL ANGEL VEGA LÓPEZ, POR SER LA PERSONA QUE A PUESTO SU CORAZON Y DEDICADO SUS ESFUERZOS PARA IMPULSARME DIA A DIA Y PODER LOGRAR ESTA META QUE ME HE FIJADO EN LA VIDA. TE AMO Y TE ADMIRO.**

### **A MI QUERIDA HIJA**

**SAMANTHA VIANEY VEGA MONDRAGON, ERES UNA BENDICION QUE DIOS NOS HA MANDADO, DANDONOS UN GRAN EJEMPLO DE VIDA; Y POR QUIEN ME ESFUERZO DÍA A DÍA, YA QUE DESDE QUE LLEGASTE A NUESTRAS VIDAS HAS ILUMINADO NUESTROS CORAZONES. TE AMO.**

### **A MIS HERMANOS**

**HILDA IVETTE, SILVIA ANABEL, MARIO MANUEL Y CARLOS +; POR SER PARTE IMPORTANTE EN MI VIDA, AGRADEZCO SU APOYO QUE ME HAN DADO. LOS QUIERO.**

## A MIS SUEGROS

**ANTONIO VEGA MENDEZ + Y MARIA LOPEZ CERDA,**  
POR DARME ANIMOS A LO LARGO DE MI VIDA  
PERSONAL Y PROFESIONAL.

## A MIS SOBRINOS

**CARLOS ALBERTO Y BRENDA DAYANA;** ESPERANDO  
QUE EL PRESENTE SEA UN EJEMPLO A SEGUIR EN  
SUS VIDAS, CON CARIÑO.

## AL LICENCIADO

**EDUARDO TEPALT ALARCON;** CON TODO MI  
RESPECTO, ADMIRACIÓN Y PROFUNDO  
AGRADECIMIENTO A MI MAESTRO Y ASESOR, POR  
TODAS LAS ENSEÑANZAS QUE ME HA BRINDADO A LO  
LARGO DE MI VIDA ESTUDIANTIL.

## AL LICENCIADO

**ALFONSO CÁRDENAS QUIJADA;** POR SER UN  
PROFESIONISTA QUE EJERCE LA ABOGACIA CON  
HONRADEZ Y SENCILLEZ, ESPERANDO NO  
DEFRAUDAR LA CONFIANZA DEPOSITADA EN MI.

## A LOS LICENCIADOS

**MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ BACA y DAVID  
JIMENEZ CARRILLO;** POR SER UN EJEMPLO A SEGUIR  
COMO PERSONAS Y PROFESIONISTAS, GRACIAS POR  
SU AMISTAD QUE ME HAN BRINDADO.

## A LA FAMILIA

**ALVAREZ RODRIGUEZ,** POR TENDERME LA MANO  
CUANDO LOS HE NECESITADO, DANDOME SU APOYO  
Y PACIENCIA EN LA ELABORACIÓN DEL PRESENTE  
TRABAJO. GRACIAS.

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MÉXICO, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS  
PROFESIONALES ARAGÓN, POR ACOGERME EN SUS  
AULAS, SIENDO UNO MAS DE SUS INTEGRANTES Y  
LOGRAR MI FORMACIÓN COMO PROFESIONISTA.**

**A MIS QUERIDOS AMIGOS**

**NIEVES, SOLEDAD, JUAN, ROSA, JOAQUIN, JUANA,  
ERIKA, MIRIAM, ARTURO, EDUARDO, ISAAC, ISRAEL,  
MIREYA, RAFAEL, TERESA, CESAR RUIZ, ANA LILIA,  
POR SUS ALICIENTES Y APOYO EN LA ELABORACION  
DEL PRESENTE TRABAJO.**

**I N M E M O R I A M +**

**OSCAR RUIZ SANCHEZ, POR HABER SIDO UN GRAN  
AMIGO.**

**A LOS NIÑOS PREMATUROS DEL QUINTO PISO, DEL  
HOSPITALGENERAL LA RAZA, QUE DIA A DIA LUCHAN  
POR SEGUIR VIVIENDO, ESPERANDO QUE EL DIA DE  
MAÑANA LOGREN ESTAR CON SUS PADRES. CON  
RESPECTO Y ADMIRACION.**

# INDICE

INTRODUCCION .....	I-III
--------------------	-------

## CAPITULO PRIMERO

### ANTECEDENTES DE LA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD

1.1. Generalidades .....	1
1.1.1. Derecho Romano .....	1
1.1.2. Derecho Canónico .....	3
1.2. En México .....	4
1.2.1. Periodo Colonial .....	4
1.2.2. La Revolución Mexicana 1910-1917 .....	6
1.2.3. La Evolución de Ideas y Normas Jurídicas .....	7
1.2.4. El Principio de Igualdad .....	8

## CAPITULO SEGUNDO

### MARCO CONCEPTUAL

2.1. Persona .....	19
2.1.1. Personalidad .....	22
2.1.2. Derecho del Trabajo .....	27
2.1.3. La Relación de Trabajo .....	31
2.1.4. Concepto de Trabajador .....	31
2.1.5. Concepto de Patrón .....	32
2.1.6. El Salario como elemento de relación de Trabajo .....	33

2.2. Parto Prematuro . . . . .	38
2.2.1. Concepto de Producto Prematuro . . . . .	38
2.2.2. Causas más comunes del parto prematuro . . . . .	40
2.2.3. Cuadro Clínico presentado por un prematuro . . . . .	64
2.2.4. Crecimiento Físico y Desarrollo mental de un prematuro . . . . .	68
2.2.5. Desventajas Fisiológicas del prematuro . . . . .	79
2.3. Embarazo de Alto Riesgo . . . . .	92
2.4. Complicaciones Post-Parto . . . . .	93

### **CAPITULO TERCERO**

#### **ADICION A LA FRACCION III PARA PRORROGAR EL PERIODO DE DESCANSO A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 170 FRACCION II DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO EN CASO DE PARTO PREMATURO.**

3.1. La Protección a la Salud en los Artículos 4 y 123 Constitucionales . . . . .	100
3.2. Ley General de Salud . . . . .	103
3.3. Ley del Seguro Social . . . . .	108
3.4. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) . . . . .	110
3.5. Protección a la Maternidad en el Derecho Castrense . . . . .	114
3.6. Inconvenientes de la no existencia de prórroga en caso de parto prematuro. . . . .	116
3.7. Propuesta de Reforma . . . . .	120
<b>CONCLUSIONES . . . . .</b>	<b>125</b>
<b>GLOSARIO . . . . .</b>	<b>127</b>
<b>BIBLIOGRAFIA . . . . .</b>	<b>135</b>

## INTRODUCCIÓN

Sabemos por la experiencia vivida que entre el hombre y la mujer existen diferencias claras como: biológica, física y psicológica. También es cierto que tiene grandes similitudes y en la actualidad se contempla tanto en la constitución como en la Ley Federal del Trabajo que el varón y la mujer tienen derechos iguales; el objeto del presente trabajo, es hablar de la mujer en su misión más importante que es el dar la vida.

Es así como el presente trabajo va dirigido a la protección de la maternidad que inicia desde el momento en que concibe a un ser humano hasta la etapa de la lactancia, es por eso que la norma jurídica laboral protege con una serie de normas a la mujer en estado de gravidez artículos 164 al 182 de la Ley Federal del Trabajo.

Asimismo el artículo 123 apartado A fracción V de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece uno de los derechos de la mujer en el estado de gravidez que trabaja como lo es el gozar forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis posteriores al mismo. De esta manera se encuentra un medio de protección a la salud pero sobre todo a la maternidad ya que es un derecho inherente a toda mujer.

De tal forma que dicha fracción establece las bases para que las autoridades laborales determinen alguna prórroga de los periodos de descanso en caso necesario a todas las mujeres que se encuentren en una situación jurídica o hecho generador determinado en la norma jurídica, tal es el de que encontrándose imposibilitadas para trabajar a causa del embarazo o del parto se hacen exigibles la prórroga de que se habla la fracción III del artículo 170 una vez concluido el tiempo de descanso que concede la Ley Federal del Trabajo encontrando su fundamento legal en el artículo 170 fracción II.

En ese sentido, la fracción III de la ley en comento señala que a causa del embarazo de alto riesgo o complicaciones post-parto el tiempo de descanso se prorrogara por el periodo de seis semanas anteriores y posteriores al parto, pero no precisa el caso cuando la mujer tiene producto prematuro, en donde éste tendrá que continuar bajo supervisión pediátrica por diferentes motivos de salud, requiriendo su hospitalización inmediata al momento de nacer y tal laguna jurídica trae como consecuencia que la madre al solo haber gozado de un periodo posterior al parto una vez concluido tendrá que retomar nuevamente al trabajo interrumpiendo el apoyo que le brinda a la madre al desarrollo y crecimiento infantil del prematuro.

Al analizar nuestra problemática mi propuesta se basa en que sea una causal el parto prematuro para que se prorrogue el periodo de descanso posterior al parto por el tiempo que sea necesario beneficiándose de esta manera el producto en el aspecto de que la madre al estar en contacto físico ayuda en la pronta recuperación del producto y sea dado de alta siempre y cuando su estado de salud lo permita y que se tenga por consentida dicha prórroga por el hecho de que la mujer ha tenido un parto prematuro, ya que es el caso de que en los hospitales públicos, a la única persona que se le concede el acceso de manera directa a la sala de prematuros es a la madre, con el objeto de que ella y su hijo tengan un contacto físico lo más pronto posible y Así mismo ayude al estrés materno posterior al parto por la separación abrupta de su hijo prematuro.

Por lo anterior la fracción III del artículo 170 de la Ley en comento al incluir mi propuesta contemplara las siguientes causales: Los periodos de descanso a que se refiere la fracción anterior se prorrogaran por el tiempo necesario en el caso de que se encuentren imposibilitadas para trabajar a causa del embarazo, parto prematuro o post-parto.

Para el análisis de esta problemática social pero sobre todo humana utilizare el método científico, partiendo de lo deductivo a lo inductivo la técnica de investigación documental y como principales fuentes empleare tanto la doctrina

nacional como extranjera, la legislación nacional y como medio de apoyo el electrónico, concretizando la investigación en tres capítulos.

El Primer Capítulo se conforma por un marco histórico para dar una idea de cómo ha evolucionado con el transcurso del tiempo la visión del trabajo de la mujer y sobre todo la protección a la maternidad.

El Segundo Capítulo se trata del marco conceptual que tiene como propósito establecer las bases del presente tema utilizando conceptos tanto de derecho laboral como de Neonatología y Gineco-obstetricia.

El Tercer Capítulo es la propuesta de reforma a la fracción III del artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo analizando la protección a la maternidad en diversas legislaciones, así como las razones sociales y humanas que la generan.

## 1. ANTECEDENTES DE LA PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD

### 1.1. Generalidades

A lo largo del tiempo el derecho laboral ha sufrido grandes e interesantes cambios, algunos con influencia de otras legislaciones extranjeras, otras por el entorno social de la época, de tal forma que considere necesario hacer una reseña de los motivos que tuvieron los legisladores de esa época al hacer reformas a los diferentes ordenamientos jurídicos y hacer resaltar las bases de la protección de las mujeres en el ámbito laboral.

#### 1.1.1. Derecho Romano

Como es sabido, los romanos edificaron su sociedad sobre la base de la esclavitud y con ello confirmaron la devaluación del trabajo al excluir al trabajo como el ideal del hombre libre, por consiguiente la organización romana se basó en una explotación del mundo al servicio de los romanos y el hábito de adquirir los frutos del trabajo de los demás, como ejemplo debemos considerar en el derecho privado la figura de la propiedad esta originalmente nace de la ocupación de la res nullius concebido como un derecho inmediato sobre la cosa, independientemente de cualquier relación entre las personas implicando un goce total. De aquí proviene que la tradición romanística y la codicia humana ha transmitido a través de los siglos, hasta nosotros, como un privilegio de pocos siendo ajena a los romanos cualquier idea de que la propiedad pudiera ser justificada por el trabajo en su adquisición y en su conservación faltando toda asociación mental entre propiedad y trabajo, sino más bien la propiedad concluyó por ser el medio con el cual una restringida clase de propietarios pudo vivir durante siglos exenta de todo trabajo y explotando el de los demás.

De acuerdo con el autor Guido de Ruggiero la condición jurídica de un esclavo la podemos resumir en dos principios: a) En el derecho civil no tiene personalidad, es una cosa clasificada en la categoría de res mancipi, naciendo esclavo o llegando a serlo por alguna causa posterior al nacimiento, en el caso de la mujer esclava no<sup>1</sup> puede contraer matrimonio legítimo, siendo una ley natural que los hijos nacidos fuera de matrimonio sigan la misma condición de la madre. Pero, a favor del producto, se admitía que si la madre concibe libre y alumbraba esclava, el hijo nace libre, es decir es suficiente que la madre haya estado libre en cualquier momento de la gestación para que el hijo sea libre. b) En el derecho natural, el esclavo no se diferencia de los demás hombres tiene los mismos derechos y los mismos deberes.

Ahora bien, la mujer trabajadora en su condición de esclava, trabajaba al lado del hombre en toda clase de labores, soportando con el hombre, el régimen de las minas, de la siembra o construcción. Estas condiciones de vida se agravaban con la maternidad y la crianza de los hijos, a las que naturalmente se veía sujeta, la mujer alumbraba en el lugar de trabajo, descansaba, a veces, lo imprescindible para no extenuarse y continuaba la labor, alternándola con la lactancia, el cuidado de la familia, de la casa y de los animales, por lo que se debe reconocer la gran fortaleza de cuerpo y espíritu para desempeñar las actividades ya mencionadas.

En la época de la Edad Media nacen nuevas normas a la vida en general y a la vida laboral, con el surgimiento de una clase social: la burguesía, que significó el predominio de los talleres, la posibilidad de cambiar el trabajo de campo y aprender un oficio la artesanía, esto ocasionó que el campo quedara abandonado, los oficios se veían saturados de nuevos aprendices y un exceso en el mercado de toda clase de productos, por lo que se impuso una serie de reglamentos que determinaban el tiempo que debía durar y las condiciones del aprendizaje, por lo regular se fijaba de siete a doce años, en la mayoría de los oficios solo se permitía

---

<sup>1</sup> DE RUGGIERO, Guido. El Concepto de Trabajo en su Génesis. Buenos Aires, Ed. Pléyade. 1973, p. 24,25,26.

ocupar por cada maestro uno o dos aprendices y en los periodos de crisis se prohibía por un periodo de tres a seis años tomar aprendices.

Pero si duro era el trabajo de los hombres, el de las mujeres sufría muchas más penurias, la mujer mientras perduraba el régimen gremial, jamás podía ser considerada maestra de un oficio, ni siquiera podía ingresar a la lista de aspirantes al título de maestría, su sexo la excluía del trabajo por cuenta ajena, si bien es cierto podía ayudar al marido en su taller, si lo tenía, y ser par éste un auxiliar, de cuyos servicios nunca obtendría salario alguno, ni la consideración de ser una experta en la materia, su lugar estaba en el hogar.

En aquella época el ideal de la mujer consistía en el silencio, la sumisión y la obediencia, con respecto al padre, al marido, al hermano e inclusive a sus hijos, cuando una mujer tenía estas tres virtudes, adquiría fama de discreta y prudente, no importaba si el marido gobernaba bien o mal, que su trabajo proporcionara poco o nada para subsistir, la mujer debía consentir y soportar todo tipo de vejaciones por parte del marido.

#### **1.1.1. El derecho canónico**

Un primer elemento de valor positivo en la génesis de nuestro concepto es posible descubrirlo en el mundo cristiano, el mito de la creación de la primera pareja humana en el paraíso terrestre nacidas de la mano de Dios con una existencia feliz, pero habiéndose manchado con la culpa originaria, Dios los castigo con la privación del fácil disfrute de los bienes de la tierra y de la inmortalidad eterna que les había atribuido. Surgiendo de la culpa el trabajo y la maternidad.

Como hemos visto el derecho de familia es una supervivencia del derecho romano y del derecho canónico, de donde resultaba un régimen patriarcal y la consiguiente subordinación de la mujer.

## **1.2. En México**

Pero si lo relatado en líneas anteriores, era la situación de la mujer en el mundo "civilizado", en el continente Americano, entre los indígenas, especialmente entre los Incas, la mujer tampoco pasaba de esclava, realizando funciones como transportar la carga, cortar leña, tejer y confeccionar los rudimentarios calzados, entre las tribus la mujer soltera, ayudaba a su madre en las tareas domésticas, tales como la cerámica rudimentaria, la fabricación de las bebidas fermentadas, plantar el arroz, recoger los frutos y raíces; casada acompañaba al marido en los viajes como bestia de carga, transportando las armas y demás rudimentaria en las expediciones de caza o guerra, como premio al marchar iban al frente, al regresar, atrás, para ser las primeras en ser flechadas, como aviso de la existencia de guerreros enemigos.

### **1.2.1. Periodo Colonial**

Como es sabido, la conquista insular provocó en las desafortunadas regiones afectadas del continente una escasez de alimentos y la extinción de la mitad de la población india, dicho problema entró en nueva fase, cuando en el año de 1511, el fraile Antonio de Montesinos y el vicario dominico Pedro de Córdoba protestaron sobre el problema moral acerca de la relación entre conquistadores y conquistados, el resultado de esta oposición fue la expedición de las Leyes de Burgos, de 1512, dichas leyes consideraban al indio como un niño que necesita protección, ocupándose de la formación religiosa del indio, pero también las condiciones mínimas de trabajo como son: Descansos, protección a la mujer embarazada, habitación, alimentación, salario, inspección laboral, entre otras.

Precisamente es de esta manera como México fue descubierto en 1517, por Hernández de Córdoba, durante una de las tantas cazas de indios, necesarias para poder llenar los huecos causados por el hambre y las epidemias en las principales Islas Caribes.

De tal manera que la corona, desde los primeros decenios de la conquista, se manifestó en normas que tomaran en cuenta diversos factores de salubridad, un lugar para un nuevo centro de población, baños públicos, lavaderos, combatir las epidemias, ya que desde 1520 nuestro país conoció la viruela, y la vacuna contra esta enfermedad fue introducida a comienzos del siglo XIX.

Un dato interesante es que el 20 de julio de 1567, el primer médico novo hispánico, Pedro Farfán, se doctoró en nuestro país, pero el nivel de la ciencia novo hispánica tuvo grandes dificultades porque en ese entonces se consideraban los escritos de Hipócrates y Galeno como "verdades del cielo"; Pero por otra parte se manifestó un gran interés por la farmacéutica de los indígenas, lo cual dio algo de originalidad a los estudios médicos de la Nueva España y por consiguiente el médico científico novo hispánico pronto logró liberarse de los tabúes religiosos contra la autopsia, dichos tabúes relacionados con la creencia de resurrección de la carne y fue como en el año de 1576, en la ciudad de México se realizó la primera autopsia y a partir del año 1772 el Estado y la Iglesia coincidieron para aprobar e incluso recomendar la cesárea.

En relación con el derecho de familia, se estableció un control por parte del Consejo de Indias reflejado en normas para preservar la unidad de la familia indígena estableciendo una limitación a la mujer como lo fue la prohibición de que la esposa trabajara en la hacienda de un colono si el marido no trabajara en la misma hacienda.

Posteriormente con el paso de los años, para sé exactos el 14 de septiembre de 1813 Morelos con su publicación de los Sentimientos de la Nación, le da un nuevo giro a la situación no solo de la mujer sino de toda la población indígena en general, proclamando la abolición de la esclavitud, de la tortura y del monopolio del catolicismo, entre otros.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> FLORIS MARGADANT, Guillermo. Introducción a la Historia del Derecho Mexicano. 13ª Edición, Edo de México, Ed. Esfinge, 1997. p. 63, 103, 141 y 205.

### 1.2.2. La Revolución Mexicana 1910 - 1917

La revolución mexicana de 1910, en el lapso de 1913 a 1917, entre otras reformas trascendentales, inicia la batalla por la liberación de la mujer: en el año 1914, un decreto de Venustiano Carranza, jefe de la revolución introdujo el divorcio en la vida nacional y el 7 de abril de 1917 expidió la ley de relaciones familiares considerando en su artículo 45 que el marido y la mujer tendrán plena capacidad, siendo mayores de edad, para administrar sus bienes propios, disponer de ellos y ejercer todas las acciones que les competan, si que al efecto necesite el esposo el consentimiento de la esposa ni esta de la autorización o licencia de aquel. Sin embargo el artículo 44 limitaba la capacidad de la mujer para prestar servicios personales, pues su párrafo segundo exigía la licencia del marido.

Finalmente esta reforma global del derecho de familia en la Ley de Relaciones Familiares, fue absorbida por el Código Civil Distrital, de 1928; cabe hacer mención que uno de los resultados de estas reformas es la igualdad entre marido y esposa en cuanto a la autoridad dentro del hogar; por lo que las voces a favor y en contra no se dejaron esperar agregando que sancionan la mojigatería porfiriana permitiéndole a las mujeres su total emancipación del hombre en lo que se refiere al divorcio, la aprobación de éste va en contra de la moral, representando un atentado a la familia y, en especial a la mujer, que se podría convertir muy fácilmente en un juguete de las pasiones del hombre, porque nadie la aceptara después de divorciada. Para comprender el revuelo levantado, basta tomar en cuenta el machismo imperante de la época, la tradición católica fuertemente arraigada en el país y la identificación entre mujer y familia prevaleciente.

Considero que lo anterior resultó en su momento una innovación a la que la sociedad mexicana sólo lentamente podrá acoplarse ya que como lo vemos a diario en la actualidad en muchos hogares no se ajusta a la realidad, sin embargo el Derecho a través de sus normas es una herramienta aliada para inducir a la educación y a tomar conciencia de aspectos como el referido en líneas anteriores de nuestra sociedad, aunque claro un cambio por mínimo que sea necesita de otro

aliado como lo es el tiempo, por ende el Derecho debe ser paciente para ver resultados de su labor.<sup>3</sup>

### 1.2.3. La evolución de ideas y normas jurídicas

Los preceptos de la ley de relaciones familiares, la declaración de derechos sociales de 1917 y sobre todo la participación creciente de la mujer en la vida social activa y en el proceso económico despertaron su conciencia y la lanzaron a la lucha por una comprensión mejor de la naturaleza humana.

Por lo anterior es necesario resaltar cuales eran las preocupaciones con respecto al trabajo de las mujeres al poner limitaciones ya que la prioridad era la de conservar su vigor físico a fin de que fueran aptos para la maternidad y defender a la familia, su moralidad y buenas costumbres, así las disposiciones aprobadas el 23 de enero de 1917 prohibían las labores insalubres o peligrosas, en trabajo nocturno industrial y el de los establecimientos comerciales después de las 10 de la noche, prohibición de la jornada extraordinaria, dichas disposiciones fueron derogadas por el decreto de 5 de diciembre de 1974.

En la Ley de 1931 los autores de los proyectos de la Secretaría de Gobernación, del llamado Portes Gil y del de la secretaría de Industria mantuvieron las prohibiciones del trabajo en labores peligrosas o insalubres, el trabajo nocturno industrial y el comercial después de la diez de la noche.

En el problema de la capacidad de la mujer para prestar un trabajo se noto un cierto progreso ya que el artículo 21 de la Ley en comento decreto que la "mujer casada no necesitaria consentimiento de su marido para celebrar el contrato de trabajo, ni para ejercitar los derechos que de él deriven".

---

<sup>3</sup> Revista del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos. El Siglo Mexicano. Edición Especial, México, 2003.

En la Ley de 1970 subsistió la prohibición del trabajo femenino en labores peligrosas e insalubres, el nocturno industrial y el comercio después de las diez de la noche, poniendo la Comisión redactora el criterio de cómo debía entenderse el concepto de labores peligrosas e insalubres, redactando en el artículo 167 de la citada ley que son "labores peligrosas o insalubres las que por naturaleza del trabajo, por las condiciones físicas, químicas y biológicas del medio en que se presta o por la composición de la materia prima que se utilice, son capaces de actuar sobre la vida y la salud física y mental de la mujer en estado de gestación o del producto.

Con lo anterior la Comisión redactora de la Ley se encontró ante un hecho más consistente en que el seguro social no se había extendido a todos los trabajadores, resultando la necesidad de una reglamentación del trabajo de las madres trabajadoras otorgándoles facilidades para el cuidado de sus hijos. Lo anterior se convirtió en la finalidad del artículo 170. Teniendo como antecedente a la legislación chilena con su denominada Ley de la silla que en su artículo 132 fracción V contenía la obligación de "mantener el número suficiente de asientos a disposición de los trabajadores".

En relación con las líneas anteriores surgió una nueva preocupación "el riesgo de la mujer trabajadora de no poder proporcionar cuidados maternos durante su jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia" dando paso al nacimiento a través de la Ley del Seguro Social a los servicios de guarderías infantiles.<sup>4</sup>

#### **1.2.4. El principio de igualdad**

Como se ha dicho, el trabajo de la mujer en las tareas domésticas y agrícolas, se remonta hasta los primeros tiempos, ya que la mujer ha trabajado poco más o menos a la par del hombre, la evolución de la igualdad entre el varón y la mujer se impulsó con la introducción de las máquinas ya que ésta disminuyó el empleo de

---

<sup>4</sup> DE LA CUEVA, Mario. El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo. México, Ed. Porrúa, S.A. p.434-440.

fuerzas procedentes de un vigor muscular pero puso en una evidente competencia desleal al hombre y la mujer, éstas últimas trabajan con el mismo rendimiento que los hombres, pero percibiendo salarios muy inferiores con relación a la paga de los trabajadores del sexo masculino.<sup>5</sup>

En nuestro país, en la península de Yucatán a mediados de marzo de 1922 se comenzó a distribuir un folleto en el que se explicaba la forma de evitar el embarazo, como en esos tiempos se consideraba a la maternidad como la más importante función de la mujer, las voces en contra del control de la natalidad no se dejaron esperar, entre ellas destacaron la del Director del periódico Excelsior, Rafael Alducin iniciando una campaña encaminada a instituirse el 10 de mayo como Día de las Madres, la respuesta no se dejó esperar, no solo entre el público sino también entre las autoridades eclesiásticas y escolares que vieron con muy buenos ojos el desarrollo de este homenaje como un medio para preservar la moral y las buenas costumbres de la familia mexicana. Cines, teatros, escuelas, iglesias, todos los espacios fueron testigos de esta nueva fiesta que a partir de 1922 comenzó a celebrarse y que en 1971 en la época del cardenismo las mismas mujeres realizaron un mitin en el Monumento a la Madre con la finalidad de hacer notar que el mito a la madre homenajeadada consistía tan sólo en exaltar la función biológica de la mujer, haciendo a un lado a ese ser pensante y autónomo que demandaba los mismos derechos del hombre. ¿Qué el hombre y la mujer son iguales?. Pero cómo se le ocurre a usted pensar eso, ellas deben estar en la casa y cuidar de los hijos. Este es el pensamiento que una parte de los mexicanos ha tenido durante mucho tiempo.

Sin embargo para las mujeres esto no fue definitivo, se han organizado y formado grupos para defender el reconocimiento de sus derechos, desde la igualdad en el trabajo, acceso a la educación, apertura de guarderías, hasta la potestad de votar. El debate sobre el voto femenino se abre en los años treinta a iniciativa del

---

<sup>5</sup> MARTINEZ VIVOT, Julio. Los Menores y las Mujeres en el Derecho del Trabajo. Buenos Aires, Ed. Astrea, 1981. p. 181,182.

Presidente Lázaro Cárdenas, pero el proyecto fue congelado y es hasta 1953 cuando se acepta la plenitud de sus derechos políticos, con la reforma del artículo 34 Constitucional, que las incluye como ciudadanas, a saber:

“Son ciudadanos de la República los varones y las mujeres que, teniendo la calidad de mexicanos, reúnan, además, los siguientes requisitos, haber cumplido 18 años, siendo casados, o 21 si no lo son, y tener un modo honesto de vivir”.

El decreto se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 17 de octubre de 1953, pero es hasta el año siguiente cuando ejercen este derecho por primera vez en elecciones federales, pues en los Estados de San Luis Potosí y Chiapas ya podían votar.

En la actualidad el artículo cuarto de nuestra Carta Magna contiene la declaración de que todos los seres humanos, sin distinción de sexo, son iguales por naturaleza: “El varón y la mujer son iguales ante la ley”, plasmándose de esta manera la victoria de la lucha de las mujeres por su igualdad con el hombre, trayendo consigo la necesidad de reformar otras normas constitucionales que establecían un trato diferencial para el hombre y la mujer y la consecuencia de los avances femeninos en el ámbito laboral, el poder Legislativo reformó en el año de 1974 la Ley de nacionalidad y naturalización, la de población y los códigos civil y de procedimientos civiles y por supuesto las disposiciones de la legislación laboral incompatibles con nuestra norma constitucional.

En primer lugar las reformas al artículo 123 de la Constitución Mexicana: a) la fracción segunda suprimió la prohibición de las labores peligrosas e insalubres y del trabajo nocturno; b) La fracción once borró la prohibición de la jornada extraordinaria; c) la fracción quinta postuló que durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación, gozando forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores y posteriores al parto.

En segundo lugar se hicieron reformas a la ley de 1970, donde el legislador dividió el título quinto en trabajo de las mujeres y el quinto bis trabajo de los menores, pero se dejaron intactos los artículos 164 y 165 de la ley de 1970 que constituyen la base para el trabajo de las mujeres actualmente.

Todo esto generó que fuera surgiendo un ámbito de protección a la maternidad sin considerarla discriminatoria con respecto al sexo masculino, ya que dicha protección es necesaria por razones eugenésicas y sociales amparadas por la seguridad social y por supuesto el derecho Laboral a través de nuestra carta magna, donde es necesario señalar que la protección de la familia se realiza sin distinción de sexos.

Es conveniente hacer mención que las reformas de la que hemos hablado en las líneas anteriores con respecto al trabajo de las mujeres han servido como modelo para las legislaciones más avanzadas del mundo, siendo un orgullo para nuestro Derecho Mexicano.

Se reconoce que en el transcurso de los años se ha producido una evolución en comprender la participación de las mujeres en la actividad económica por lo que las legislaciones han incluido normas jurídicas que garantizan la igualdad de derechos de ambos sexos, pero resulta conveniente aclarar que tal evolución refleja que se han dejado atrás conductas tradicionales, cambios en los valores y la forma de vivir originados por el progreso técnico, factores tanto económicos como sociales.

Pero a pesar de todo aún encontramos una resistencia a dicha evolución y nos referimos a la necesidad de convivencia por una parte con su empleo y por otra los hijos menores de la mujer, por lo que debemos tomar conciencia de promover el reconocimiento de su misión como madre.

También hay que tomar en cuenta que estadísticas realizadas en países industrializados han demostrado que la participación de la mano de obra de las

mujeres sin hijos menores, es por lo general, dos o tres veces superiores a la de quienes no se hallan en esta situación.<sup>6</sup> Es por eso que se debe considerar que tal situación se puede abrogar con el simple hecho de que las mujeres sepan que cuentan con prestaciones de maternidad suficientes y buenos servicios para el cuidado de sus hijos, dichas situaciones las alentarían a buscar empleo, por lo cual algunos gobiernos han seguido políticas para crear servicios de asistencia infantil y se ha podido afirmar que se han logrado progresos, pero no obstante queda mucho por hacer y seguir con un solo fin que es el de garantizar que el periodo de embarazo y los cuidados que requieren los niños de corta edad no restrinjan el ejercicio del derecho a trabajar de las mujeres.

Podemos deducir con lo anterior que resulta un problema para la mujer trabajadora, tanto por la necesidad de aumentar los ingresos del hogar como porque su educación y ambiciones la impulsan a buscar una ocupación fuera de los trabajos hogareños, lo constituye el de la maternidad. A partir del momento en que la mujer se convierte en madre, el niño recién llegado al mundo exige de ella toda su atención, la madre pierde más de al mitad de su vida independiente para dedicársela al hijo y dentro de esta mitad se encuentra el trabajo, su profesión, que estarán destinados a ser descuidados, si una organización adecuada en el ambiente laboral no procura a la madre la serie de auxiliares que le sean necesarios para poder compaginar, el rendimiento exigido de utilidad para ella misma y con la sociedad y el cuidado del hijo, que se convertirá en un nuevo ser de gran valor para la sociedad.

El problema es enorme, no es posible pedir el retorno de la madre al hogar, por que si en el año de 1892 se podía considerar como imposible, imaginémoslo en este momento, si bien es cierto que el niño necesita de la madre, hasta los tres años de edad es insustituible este papel y aún después los mismos educadores están de acuerdo en que la escuela no basta por si sola para llenar el alma de los

---

<sup>6</sup> Revista Internacional del Trabajo, Informe de la reunión de Consultores en materia de problemas de la mano de obra femenina, Ginebra, 1959, p.10.

niños y jóvenes cuya formación básica se cumple dentro del núcleo familiar; también se debe de reconocer que una mujer que permanece en las cuatro paredes de un hogar no tiene los suficientes conocimientos del ambiente social, humano que se desenvuelve en la calle, con lo anterior se pretende dar un argumento del porque no es una solución suprimir el trabajo femenino.

### **Primeros antecedentes legislativos extranjeros**

Las mujeres y niñas permanecían alrededor de catorce a dieciséis horas en los talleres de hilados, de tejidos, manejaban pequeñas máquinas, manipulaban el vidrio, la cerámica, las condiciones higiénicas y sanitarias, la ventilación deficiente provocaba enfermedades como la tisis. Las fábricas se vuelven su segundo hogar, las madres alumbraban en las fábricas, cuando el parto no podía ser prevenido a tiempo, atendidas por sus compañeras, los niños abandonados a la suciedad, a los cuidados de una mujer vieja que accediera a tenerlos durante las largas horas que permanecía la madre en las fábricas, por lo que la mortalidad infantil iba en aumento y el niño que lograban sobrevivir se incorporaban desde los cuatro o cinco años al trabajo junto con sus madres.

Contra la situación descrita se levantaron voces indignadas, los mejores escritores relataron con detalles la vida en las fábricas, desde Dickens a Víctor Hugo, las críticas se sucedieron, la opinión pública repara en el abandono en que tenían a los seres más débiles y necesitados, por medio de estas voces, huelgas el gobierno se vio presionado y poco a poco surgen las primeras leyes que protegían en primer lugar a la mujer y al niño que trabajan más tarde a todos los trabajadores en general.

Las primeras legislaciones protectoras de las mujeres que trabajan ocurrieron en los países de transformación industrial donde la mujer había accedido a las

fabricas y constituía junto con los niños una mano de obra económica, sujeta a jornadas extensas realizadas en lugares inadecuados.<sup>7</sup>

En este sentido Inglaterra promulgo la Ley de 1802 relativa a los aprendices de la industria algodonera, la "Coal Mining Act", de 1842, por primera vez prohíbe el trabajo subterráneo a mujeres y niños, en 1847, surge la Ley llamada de las Diez Horas, limitando el trabajo de las mujeres y niños.

En Estados Unidos, gran parte de las normas laborales se inspiraron en el ejemplo de las "Factories Acts" de 1802, británicas, y así surgen normas como las de la Connecticut, en 1813 y New Jersey, en 1816, que establecía que los patronos debían facilitar instrucción elemental a sus aprendices tales como escritura, lectura y aritmética.

En Francia los principios del individualismo y liberalismo, surgidos con la revolución francesa fueron en gran parte la causa de que hasta muy tarde haya intervenido el Estado en la regulación de normas protectoras a la mujer y niño trabajadores, y a pesar de tratarse de una nación industrial fue hasta el año de 1840 cuando prohíbe el trabajo a los menores de diez años y en 1848 se emitieron decretos para la protección de las mujeres trabajadoras.

Por su parte en Alemania, comienza el Derecho del Trabajo con la ley de 1839, relativa a los menores y al descanso dominical, más tarde con la "Geverbeordnung", norma única para todo el imperio en el año de 1878, se introdujeron las primeras disposiciones concernientes al trabajo de las mujeres, un descanso de tres semanas después del parto, mientras las leyes del seguro social, trataban de garantizar los salarios de las mujeres durante el parto; en el año de 1891, la ley del primero de junio reformándose el código industrial (Geverbeordnung), fue la primera disposición que prohibió el trabajo nocturno en

---

<sup>7</sup> FALCON O'NEILL, Lidia. Los Derechos Laborales de la Mujer. Madrid, Ed. Montecorvo, 1965. p. 41-54.

las industrias a la mujer, y enumerando algunas empresas peligrosas e insalubres, donde tampoco podían utilizarse sus servicios.

En Italia, con un retraso de medio siglo en relación con Inglaterra y Francia, surgieron las primeras normas del trabajo de los niños, con la ley del 11 de febrero de 1886, hasta el año de 1879 surgió un proyecto de ley presentado por el ministro Cairoli, consistente en la prohibición de admitir en el trabajo a las mujeres durante las dos primeras semanas después de su parto, sin embargo el proyecto no pasó de ser tal y fue el 19 de junio de 1902 cuando surge la Ley de Protección del Trabajo de la Mujer.

El 13 de diciembre de 1889, en Bélgica, se promulgó la Ley Belga sobre la protección de los niños y las mujeres, entre otras cosas se destacaba que las mujeres no podían ser empleadas en el trabajo durante las cuatro semanas siguientes a su alumbramiento así como tampoco pueden ser empleadas en el trabajo más de seis días por semana.

En los Países Bajos, las disposiciones acerca de la protección otorgada a los niños y las mujeres y la industria se encontraban contenidas en la Ley del 5 de mayo de 1888, en lo que respecta a nuestro tema de estudio, las mujeres de Holanda, no podían ser admitidas durante las cuatro semanas que precedían a su parto.

En España, la primera reglamentación del trabajo de la mujer, fue en el año de 1892, sus artículos tercero y cuarto prohibían a la mujer ocuparse en las industrias y trabajos subterráneos en los días inmediatos al parto, así que por lógica se deduce que hasta la promulgación de dicha ley, las mujeres próximas a su fecha y después de éste se ocupaban en los trabajos de comprendidos en las minas, canteras y fábricas.

En Austria, a finales del siglo XIX, las niñas a partir de la edad de dieciséis años se les aplicaba el reglamento especial del trabajo de mujeres, en principio las

mujeres no podían ser admitidas a trabajar en los establecimientos insalubres y dañinos, por disposición del Ministerio de Comercio, en todo establecimiento industrial, las mujeres recién paridas no podían reanudar a su trabajo hasta pasadas cuatro semanas de su alumbramiento.

Es en Suiza donde encontramos los primeros antecedentes de nuestro objeto de estudio, con una ley federal con fecha 23 de marzo de 1877, que surtió efectos a partir del 1 de enero de 1878, misma que prescribió que "antes y después del parto queda establecida una reserva de ocho semanas durante las cuales las mujeres no pueden ser admitidas al trabajo en fábricas y no podían ingresar de nuevo sino después de haber probado que habían transcurrido seis semanas por lo menos después de su parto".<sup>8</sup> Lo anterior trajo consigo que la mayoría de las veces, para escapar al cumplimiento de la ley, sucedía que ocho o quince días después de su parto, las mujeres buscaban trabajo en fábricas donde no eran conocidas. Por lo que con el objeto de que se cumpliera dicha ley, se introdujeron en las fábricas una lista especial de las mujeres que se encontraban encintas, anotando la fecha de salida de la fábrica por el próximo alumbramiento, y segundo la fecha del parto, certificado por la comadrona o médico oficial, y por último la fecha de su regreso a la fábrica.

En el año de 1919, se llevó a cabo la primera Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en Washington, en la cual se llegó a un acuerdo, tomado por cuarenta Estados, por el que se convino que la obrera tiene derecho a descansar seis semanas antes del parto y se le prohíbe trabajar hasta seis después, obligándose los Estados a facilitar a las madres obreras la asistencia gratuita de la comadrona o el médico y una indemnización por los salarios perdidos, todo ello satisfecho por el Tesoro público o por medio de un Seguro.

---

<sup>8</sup> MARTINEZ VIVOT, Julio. Los Menores y las Mujeres en el Derecho del Trabajo. Buenos Aires, Ed. Astrea. 1981. p. 186.

En este orden de ideas, las llamadas vacaciones de gravidez o de descanso de las mujeres antes del parto se encuentran contempladas en todas las legislaciones del mundo, variando únicamente su amplitud.

Nuestra legislación protectora de la maternidad no ha avanzado mucho en nuestro país, el descanso anterior y posterior al parto, establecido en 1919, en Washington, continua vigente, sin que se hayan perfeccionado con normas y disposiciones complementarias que en algún sentido otorguen nuevos beneficios a la madre trabajadora.

### **Situaciones patológicas de la embarazada**

En el año de 1959, en el XVIII Congreso de la Federación de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia, celebrado en Paris, al referirse a la mortalidad obstétrica, los doctores Dubuis y Zenklusen declararon la necesidad de que la legislación debe prevenir los riesgos del trabajo durante el embarazo, las formas de esa protección derivan directamente de la fisiopatología laboral de la embarazada, el ritmo de la respiración y de las pulsaciones, la composición de la sangre, que en la mujer normal son diferentes a las del hombre, éstas se acentúan durante el embarazo, éste ejerce durante los últimos meses de la gestación, una fuerte comprensión sobre el corazón, una disminución de amplitud de los movimientos respiratorios, una disminución de la capacidad muscular, ciertas dificultades en la circulación sanguínea y una más grande susceptibilidad frente a los agentes tóxicos e infecciosos.

Asimismo la fatiga debido a la posición del trabajo en posición sentada o pie, de manera prolongada unida a las condiciones de calor y sequedad del ambiente, provocara abortos o partos prematuros, por lo que se debe evitar este tipo de actividades a la mujer durante el embarazo o al menos durante la mayor parte del mismo.

Como se pudo apreciar a lo largo de toda la historia de la humanidad, las sociedades en distintas épocas han ido tomando conciencia de la importancia de la participación de la mujer en el ámbito laboral y que siempre han sido y serán las razones invocadas para la protección legal de la mujer que trabaja principalmente fisiológicas y por la propia constitución de la mujer en cierto momento cuando este en periodo de embarazo o lactancia no se halla en condiciones para realizar esfuerzos físicos, por lo que la sociedad debe tener la plena convicción de que hay funciones inalienables que las mujeres seguirán desempeñando pero sin perjudicar la satisfacción de sus necesidades y obtener en su vida profesional la igualdad con los hombres. De manera enfática en nuestro país, para ello es necesario que el Derecho ajuste sus normas a la realidad social tomando en consideración el tipo de sociedad dentro de la cual formamos parte, los modos y ritmos de vida de los Ciudadanos así como las situaciones y realidades que vivían el país cuando entro en vigor la Ley Federal del Trabajo (18 de julio de 1931), cuyo autor se le puede considerar a Eduardo Suárez. Por lo anterior, considero que no se deberían señalar plazos fijos en nuestro país, para el descanso de la mujer durante el embarazo, por que ello varia de manera significativa de la marcha del mismo y del tipo de trabajo que realice la mujer.

Tomando en cuenta la recomendación sobre la Protección de la Maternidad de la Organización Internacional del Trabajo que indica: "Los organismos de control deberían de estar autorizados para prescribir en casos individuales, mediante presentación de un certificado médico, una prolongación suplementaria del descanso durante el embarazo, si dicha prolongación suplementaria se considerase necesaria en interés de la madre y del hijo, y especialmente cuando existan o puedan producirse condiciones anormales tales como aborto u otras."

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. Persona

Es necesario estudiar el concepto de persona desde el punto de vista jurídico y ordinario, porque es a partir de este término de donde se desglosan los derechos y obligaciones inherentes a él, por lo que no debemos olvidar que el Derecho gira en torno al ser humano y que las normas jurídicas son creadas por y para el hombre.

Es importante destacar que el concepto de persona puede ser general en tanto la Ley y la doctrina hacen una marcada diferencia entre una persona física y moral, para efectos del presente trabajo solo se hará referencia al análisis de persona física y personalidad.

La palabra persona deriva del latín *personare*<sup>9</sup>, que significa máscara, por lo que el término persona señala una careta que cubría la cara de un actor cuando recitaba una escena, la finalidad de la máscara era hacer la voz del actor vibrante y sonora; Posteriormente dicha palabra designa al propio actor enmascarado, llegándose a conocer como *dramatis personae* con las que se designaban que máscaras debían ser utilizadas en el drama y la palabra *personare* significó las personas del drama, es decir, los personajes.

Con lo anterior el Profesor Gumesindo Padilla<sup>10</sup> señala que a partir de entonces la palabra persona se ha empleado en sentido figurado, para expresar el rol que el individuo puede presentar ante la sociedad, es decir, la persona como padre o madre de familia, como esposa, como trabajador, como hijo, etc.

Nuestro Derecho Mexicano emplea el término de persona jurídica con el cual se hace referencia a un ente dotado de existencia jurídica, susceptible de ser titular de derechos y obligaciones así como de responsabilidad jurídica.

<sup>9</sup> DICCIONARIO JURÍDICO MEXICANO. 10/ed. México, UNAM, Ed. Porrúa, 1997. p. 2394,2395.

<sup>10</sup> PADILLA SHAGUN. Gumesindo. Derecho Romano I. México, Ed. McGraw-Hill, 1996. p. 31.

El término coloquial, de acuerdo con el Diccionario Básico de la Lengua Española, nos señala que persona significa "un individuo de la especie humana, hombre o mujer".<sup>11</sup> Siguiendo este orden de ideas el vocablo persona en su acepción común denota al ser humano; el término hombre significa "Mamífero bímano del orden de los primates dotado de razón y de lenguaje articulado".<sup>12</sup>

No obstante que la palabra persona y hombre designan al ser humano, su significado contiene dos vertientes: en primer lugar, desde el punto de vista sociológico, se determina que el hombre se está particularizando la especie en un individuo determinado como perteneciente a la humanidad y, desde una perspectiva ética, en segundo lugar con la palabra persona, despliega a la dignidad del ser humano, porque alude implícitamente al hombre en cuanto está dotado de libertad para fijarse así mismo determinados metas y su libre albedrío para conducirse en la realización de dichas metas.

De tal manera jurídicamente persona significa "Todo ser o ente sujeto de derechos y obligaciones".<sup>13</sup> Para fines legales al derecho le interesa aquella conducta del ser humano que derive consecuencias jurídicas por lo que persona se considera un sujeto de derecho y obligaciones por lo que es conveniente aclarar que dentro del marco jurídico todo sujeto de derecho será persona pero no toda persona será sujeto de derecho.

Pero no siempre fue así recordemos que para el Derecho no todos los seres humanos han sido siempre personas, es decir, sujetos de derechos y obligaciones, como ejemplo los esclavos y la muerte civil.

En cuanto a la esclavitud, los romanos no consideraban a todos los seres humanos como personas y se les conoció bajo el nombre de esclavos, dicha condición los mantuvo en calidad de cosas y como tal eran propiedad de sus amos

---

<sup>11</sup> DICCIONARIO BASICO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. México, Ed. Larousse, 1984, p. 245.

<sup>12</sup> Ídem. p. 157.

que podían hacer con ellos lo que fuese su voluntad. Aunque es conveniente recordar que el esclavo se mantenía sujeto a deberes y obligaciones en el Derecho penal y además podía ser representante de su dueño (*longa manus*), administrar un peculio y a lo largo del tiempo se le fueron concediendo una serie de facultades manifestadas en acciones contra terceros e incluso contra su propio dueño. En la actualidad en nuestro país la esclavitud no existe y esta prohibida, tal y como se establece la Constitución en su primer artículo: "*Esta prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional, alcanzarán por ese solo hecho, su libertad y la protección de las leyes.*"

Por lo que se refiere a la muerte civil, expresión utilizada en tiempos pasados, consistió en que sin existir la muerte biológica del sujeto, jurídicamente podía estar muerto, es decir, se le negaba la personalidad jurídica como sanción legalmente impuesta, dicha institución se instituye en el Código Napoleónico, que en su artículo 25 disponía que el muerto civil, tenía incapacidad jurídica para recibir bienes a título hereditario y para transmitir bienes, ya sea por donación o por testamento, no podía ser designado heredero por otro, ni actuar como testigo en casos notariales ni ante la justicia. Tampoco podía asumir el papel de actor ni demandado, menos aún podía contraer matrimonio y el que hubiere concertado aquel quedaba disuelto para todos los efectos civiles y su cónyuge y herederos ejercían sus derechos como si hubiese acaecido de muerte natural. Esta ley fue abolida en Francia el 31 de mayo de 1854. En nuestro país nunca existió una institución homologa, lo anterior lo respalda el artículo 22 Constitucional, al referirse: "*Quedan prohibidas . . . y cualesquiera otras penas inusitadas y trascendentales.*"

En este orden de ideas, considero que la palabra persona tiene un sin fin de significados, ya sea jurídica o común y cada una de ellas tiene un significado de acuerdo al contexto de que se trate, en este sentido, se habla de persona, en

---

<sup>13</sup> DOMÍNGUEZ MARTINEZ, Jorge Alfredo. *Derecho Civil*, Parte General. Personas, Cosas, Negocio Jurídico e Invalidez. México, Ed. Porrúa, 1990. p. 13.

términos generales cuando se refiere al ser humano ya sea hombre o mujer, por lo que en este significado no existe distinción alguna en cuanto al sexo, edad, es decir nos referimos a un ente bio-psico-social, es decir es una unidad no fraccionable. Bio porque tiene un componente biológico, es un ser vivo que realiza todas sus funciones con la parte orgánica de la persona, Psico, porque contiene un cúmulo de emociones, es decir se trata la parte afectiva y Social porque se relaciona con la característica que nos distingue de las demás especies animales que es la parte racional que se debe aplicar con inteligencia y libertad. Gracias a este don del raciocinio el hombre crea una serie de ciencias, como los son las sociales y naturales, dentro de las primeras ubicamos al Derecho, y en la evolución de éste, apareció la figura de la persona, en donde el Derecho a través de sus normas ha dotado a este ente biológico de derechos fundamentales.

### **2.1.1. Personalidad**

El término personalidad proviene del latín personalitas-atis, que significa conjunto de cualidades que constituyen a la persona; en el campo jurídico el vocablo personalidad señala la cualidad de la persona en virtud de la cual se le considera centro de imputación de normas jurídicas o como ya se ha mencionado sujeto de derechos y obligaciones.

Por lo que existe una vinculación entre el término persona y personalidad cuando se afirma que la personalidad jurídica es la aptitud para que una persona ocupe el puesto para intervenir en determinadas relaciones jurídicas.

En este sentido el autor Galindo Garfías<sup>14</sup> hace la distinción entre persona y personalidad indica que "la personalidad es la manifestación, la proyección en las normas jurídicas, de la persona ya sea como ser individual o colectivo. El concepto de personalidad se atribuye al sujeto de la relación jurídica para establecer la

---

<sup>14</sup> GALINDO GARFIAS, Ignacio. Derecho Civil. Primer Curso. Parte General: Personas y Familia. 20ª ed. México, Ed. Porrúa, 2000. p. 319.

medida de sus aptitudes en acción, en tanto que la persona es el sujeto, el centro de la personalidad."

Significa que el sujeto puede actuar en el campo del derecho, es decir, que nos encontramos ante la proyección del ser humano en el ámbito de lo jurídico (comprando, vendiendo, tomando en arrendamiento, adquiriendo bienes o en cualquier otra situación ocupando un puesto derivada de una relación jurídica.) Además de señalar lo que se entiende por persona y personalidad, es importante soslayar a partir de que momento comienza y termina la personalidad.

Desde el punto de vista biológico está determinado que el inicio cronológico de la persona, físicamente considerada, tiene lugar en su concepción. En el marco jurídico existen diversas teorías<sup>15</sup> que pretenden explicar el inicio de la personalidad jurídica del ser humano, siendo las siguientes:

1. -Teoría de la concepción. Sostiene la idea de que el concebido tiene existencia independiente, y por consiguiente, ha de ser considerado como posible sujeto de derechos aún antes de nacer, es decir que el hombre existe desde la concepción y, por ende siendo la capacidad inherente al hombre, desde el momento de la concepción debe ser reconocida.
2. -Teoría del nacimiento. Consiste en que durante la concepción el feto no tiene vida independiente de la madre, y en que el reconocimiento de su personalidad tendría por inconveniente la posibilidad de determinar el momento de la concepción. El natus en tanto que no ha nacido y en tanto el nacimiento no se produzca éste no ha adquirido personalidad, conservándose en su favor los derechos que adquirirá cuando nazca, porque solo a partir del momento de su nacimiento va adquirir capacidad jurídica, pero esto no es un impedimento para que antes de nacer, siempre y cuando este concebido, pueda ser designado heredero, legatario o donatario, si llega a adquirir personalidad después de nacido.

---

<sup>15</sup> DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, José Alfredo. Derecho civil. Parte General. Personas, Cosas, Negocios Jurídicos e Invalidez. 4ª. /ed. México, Ed. Porrúa S.A., 1994. p. p. 141 y 142.

3. -Teoría ecléctica. Indica que el origen de la personalidad se encuentra en el nacimiento pero reconociendo por una ficción derechos al concebido, o retrotrayendo los efectos del nacimiento al tiempo de la concepción.

En lo que se refiere a esta teoría la doctrina señala que no hay que recurrir a ficción alguna, ni considerar al concebido como ya nacido, ya que basta reconocer a su favor reservas de derechos eventuales, porque el concebido es una esperanza del hombre. Los supuestos derechos que se le atribuyen no suponen reconocimiento de su existencia jurídica, ni implican ficción alguna porque no son un caso de protección de intereses expectantes y futuros, que solo por el nacimiento pueden convertirse en derechos definitivos.

4. -Teoría de la viabilidad. Exige para el reconocimiento de la persona no solo el hecho de nacer, sino que este viva y además la aptitud para seguir viviendo fuera del útero materno. Por viabilidad se entiende la madurez del feto, por el tiempo del embarazo de la madre que de acuerdo con la medicina permite afirmar que el producto ha adquirido suficiente fuerza vital dentro del seno materno. Para prolongarse ésta, después de que se ha producido el parto, entonces el concepto de viabilidad significa que el parto a de tener lugar después de 180 días del momento de la concepción y que antes del transcurso de ese lapso, no siendo normalmente posible que sobreviva el feto, han de ser considerados abortivos y excluidos de su calidad de personas por su incompleto desarrollo intrauterino.

5. - Teoría Psicológica o de la conciencia o sentimiento de la personalidad. El individuo no debe ser considerado como capaz de derechos hasta que adquiere el sentimiento de su personalidad jurídica, momento que tiene que ser posterior al de adquisición de la personalidad psicológica. Pero reconoce que como en el niño se contiene en potencia la personalidad jurídica que poco después ha de desarrollarse, es aceptable la presunción que establecen las leyes de que el individuo humano comienza a ser un *subjetum iuris* desde que nace vivo y viable.

El artículo 22 del Código Civil del Distrito Federal, establece cuando inicia y termina la personalidad jurídica de una persona física, considera:

Artículo 22. "La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte, pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código." Por lo anterior nuestro Derecho Mexicano, solo reconoce a la muerte como causal de extinción de la personalidad.

Desde el punto de vista natural, tendríamos que considerar la vida desde el momento de la gestación pasando posteriormente por las diferentes etapas de la misma. Por lo que la realización del proyecto existencial de cada persona requiere un largo camino hasta alcanzar la plenitud. Ahora bien por nacimiento se entiende la separación, la expulsión o la extracción, incluso de manera prematura, del ser humano, en el útero materno.

Diferentes autores manifiestan que la personalidad tiene un contenido que esta integrado por los atributos de las personas físicas como son el nombre, estado civil, nacionalidad, patrimonio y capacidad; para efectos de este trabajo se tomara en cuenta la capacidad por considerarlo el complemento de mi tema ya que algunas veces se ha llegado a considerar como sinónimo de la personalidad, pero resulta conveniente aclarar las diferencias entre una y otra.

Como capacidad se entiende la aptitud del sujeto para ser titular de derechos y obligaciones, de ejercitar los primeros y adquirir y cumplir las segundas en forma personal para comparecer en juicio por derecho propio.

Para el autor Galindo Garfias<sup>16</sup> "La capacidad alude a situaciones jurídicas concretas (para celebrar algún contrato, para contraer matrimonio, para adquirir algún bien. etc.)

---

<sup>16</sup> GALINDO GARFIAS, Ignacio. Derecho Civil. Primer Curso. Parte General: personas y Familia. 20ª ed. México. Ed. Porrúa, 2000. p. 307

Derivado de lo anterior se desprenden dos tipos de capacidad que son: la capacidad de goce y la capacidad de ejercicio; a saber, se tienen las siguientes consideraciones de una y otra.

#### **a) Capacidad de Goce**

La capacidad de goce se entiende "La aptitud del sujeto para ser titular de derechos y obligaciones. Esta la tiene el ser humano desde su concepción por el mero hecho de serlo, es decir, es consubstancial al hombre; no puede concebirse la capacidad jurídica sin la capacidad de goce."<sup>17</sup>

Como ya se menciona en líneas anteriores, algunos autores afirman que la personalidad jurídica y la capacidad de goce son la misma institución, sin embargo existen marcadas diferencias como son que la personalidad jurídica es la abstracta idoneidad para ser titular de relaciones jurídicas, es única e indivisible, es decir, la personalidad significa que el sujeto puede actuar en el campo del derecho. En cambio la capacidad de goce es la medida de la idoneidad que delimita los contornos de la personalidad, esta alude a situaciones jurídicas concretas, es decir se puede graduar, un ejemplo de los diversos grados de que es susceptible la capacidad de goce, son los que marca el Código Civil en sus diferentes numerales, a saber y de manera genérica tenemos al nartiturus o concebido, al menor de edad, etcétera. En conclusión considero que la capacidad de goce se debe entender como la capacidad que tiene todo individuo por el solo hecho de existir.

#### **b) Capacidad de ejercicio**

Se entiende la aptitud del sujeto para ejercitar, contraer y cumplir obligaciones personalmente y para comparecer en juicio por derecho propio.

---

<sup>17</sup> DOMÍNGUEZ MARTINEZ, Jorge Alfredo. Op.cit. p. 167.

La capacidad de ejercicio implica estar en condiciones legales de otorgar actos que constituyen manifestaciones de voluntad, es decir, se considera como la aptitud para obligarse, para celebrar actos y negocios jurídicos, para contraer y cumplir personalmente obligaciones, para administrar y disponer libremente de los bienes, para comparecer en juicio sin representante legal.

Es importante señalar que para efectos del presente trabajo se le dará prioridad a la capacidad de goce, ya que el objetivo principal es resaltar el momento en que el ser humano goza de derechos que le confiere la norma jurídica, otorgándose los desde el momento en que es concebido hasta el momento de su muerte, esto es para efectos de personalidad como lo afirman los doctrinarios civilistas al manifestar que dicha personalidad jurídica es la idoneidad de ser persona para el Derecho y como tal se encuentra bajo la protección del mismo.

Por lo tanto, la mujer por el solo hecho de ser una persona del sexo femenino, puede ser al igual que la del sexo masculino, sujeto de derechos y obligaciones, más sin embargo es incuestionable que a través de la historia la capacidad de la mujer se ha visto en muchos ordenes limitada por diversas razones, respecto a la capacidad del varón. De tal manera que la prestación del trabajo por ser personal requiere que sea eficaz y por ello tendrá capacidad jurídica aquel que pueda prestar dicho trabajo.

En relación con lo anterior, y como resultado de la evolución en las normas jurídicas es importante tomar otras medidas especiales destinadas a satisfacer necesidades particulares a las madres trabajadoras en estado de gestación y después de éste; así como al neonato prematuro para lograr que se les reconozca generalmente la necesidad de protección o asistencia especial.

### **2.1.2. DERECHO DEL TRABAJO**

Con respecto a este apartado podemos decir que todo individuo que vive en una comunidad posee el derecho de desarrollar en ella el propio trabajo y de extraer

los medios para la propia conservación, es decir, la sociedad esta obligada a proporcionar a todo hombre que cumple con su deber social, como lo es prestar sus servicios en un trabajo útil, cualquiera que sea su modalidad, a tener un modo honesto de vivir.

El maestro Mario de la Cueva, soslaya: "Lentamente fue creciendo la idea de un derecho social: La sociedad esta obligada a dar a cada hombre la oportunidad de vivir, pero no una vida animal, sino una vida conforme a la dignidad del ser humano. Y más lentamente aún se fue formando otra idea: En la lucha entre el capital y el trabajo, el derecho debe de estar de lado del trabajo, porque éste es el factor humano".

De acuerdo con la Ley Federal del Trabajo en su artículo octavo, segundo párrafo indica que trabajo "Es toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerida por cada profesión u oficio".

Se puede observar de acuerdo con la definición anterior que el objeto de estudio en el ámbito laboral es el de regular la actividad humana realizada de manera material o intelectual.

A este respecto de acuerdo con el autor Miguel Bermúdez nos da una definición de Derecho del Trabajo entendida como "el conjunto de normas jurídicas aplicadas a regular la actividad física o mental, realizada en el desempeño de una profesión u oficio."<sup>18</sup>

El también connotado jurista Alberto Briceño, menciona que el Derecho del Trabajo "Son normas jurídicas, toda vez que estas emanan del órgano legislativo del Estado y se proponen establecer y mantener el equilibrio entre el patrón y el trabajador. Este equilibrio solo puede lograrse en la medida en que el propio

Estado garantice a los trabajadores la observancia de sus derechos consagrados en la Ley, en la contratación o en la costumbre".<sup>19</sup>

En mi opinión toda sociedad esta regulada por un conjunto de normas jurídicas en donde el Estado es el encargado de dar protección a los derechos del ser humano entre de los cuales destaca el derecho al trabajo, respetando las garantías de igualdad consagradas en nuestra Carta Magna en su parte dogmática como son el artículo 2,3,4,12 y 13 así como de regular las actividades y conductas que se desprenden del ser humano.

En dicho orden de ideas es necesario tener en cuenta las características con las que debe de contar el Derecho del Trabajo:

- ❖ Debe contener un mínimo de garantías, entendiendo por esto que las garantías laborales que se estipulan en la ley federal del Trabajo como órgano normativo de esta materia, son las mínimas que debe recibir un trabajador por prestar su servicio.
- ❖ Debe ser un derecho que tutela a la clase económicamente débil, es decir, a la clase trabajadora, por lo tanto el Estado debe protegerla implementando normas jurídicas que contemplen las garantías elementales a que todo ser humano tiene derecho.
- ❖ Debe ser un derecho irrenunciable, ya que todos los derechos en general son irrenunciables. como las garantías individuales.
- ❖ Deber ser un derecho dinámico, que al paso del tiempo se adecue a la realidad que se vive.

---

<sup>18</sup> BERMUDEZ CISNEROS, Miguel. Derecho del Trabajo. México, Ed. Oxford, 2000. p. 5 y 6.

<sup>19</sup> BRICEÑO RUIZ, Alberto. Derecho Individual del Trabajo. 9ª.ed. México, Ed. Harta, 1993. p. 24.

- ❖ Debe ser un derecho coercitivo-imperativo, ya que el Estado es el encargado de vigilar que no se violen las normas jurídicas y esta facultado para hacer cumplir las leyes, por lo que el derecho del trabajo no es una excepción, sino por el contrario, al tratarse de normas de orden público, se le otorga el carácter de imperatividad sin la cual serían de difícil aplicación y observancia.

Los principios rectores del Derecho del Trabajo a saber son los siguientes:

- a) Es un derecho y un deber social. El artículo tercero de la Ley Federal del Trabajo menciona que el trabajo es un derecho y un deber sociales, porque se entiende que del derecho emanan normas jurídicas encaminadas a proteger la vida, la salud. Niega que el trabajo sea un efecto de comercio; otorga libertad y dignidad al trabajador, cimentando las bases para un nivel decoroso para él y con esto se establece el deber social, como obligación del ser humano de ser útil a la sociedad de la cual forma parte, enalteciéndola con su trabajo.
- b) Libertad. El individuo goza de plena libertad para elegir la profesión, actividad u oficio a la que desee dedicarse, tal y como lo dispone el artículo cuarto de la Ley Federal del Trabajo, así como los artículos cuarto y quinto constitucionales, pero con la condición de que el trabajo a desempeñar sea lícito es decir que no contravenga ni al moral ni a las buenas costumbres.
- c) Igualdad. Se entiende como el justo equilibrio entre las fuerzas productivas; con ello logra la justicia social y por supuesto actualiza la regla de que a trabajo y jornadas iguales les corresponde salario igual, pero es necesario enfatizar que la igualdad estriba en el tratamiento directo hacia el trabajador, es decir, que no debe haber distinción de sexo, raza, edad, religión, ideas políticas o clase social.

- d) Aplicación de la norma más favorable al trabajador. Es el caso de que existan dos o más interpretaciones de una misma norma jurídica, se aplicara la que sea más benéfica para el trabajador.

En este orden, la naturaleza jurídica del Derecho del Trabajo proviene del artículo 123 de nuestra Carta Magna, que en 1917 le dio la denominación, en el ámbito internacional, como la primera constitución social del mundo, dividiéndose este artículo en dos partes, conocidos hoy en día como apartado A y apartado B. El primero contempla a los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de manera general a todo contrato de trabajo; El segundo contempla a los trabajadores al servicio del Estado. Los trabajadores del Ejército, Fuerza Aérea y Armada se regirán por Leyes especiales.

### **2.1.3. La relación de trabajo**

Los sujetos que intervienen en una relación de trabajo son: trabajador, patrón e intermediario.

### **2.1.4. Concepto de Trabajador**

El artículo octavo de la Ley Federal del Trabajo lo define "la persona física que presta a otra física o moral un trabajo personal subordinado", pero además debe de reunir las siguientes características:

- a. Debe ser persona física, entendiéndose por esta al hombre, es decir, el hombre y la mujer como sujetos de derechos y obligaciones.<sup>20</sup>
- b. Debe prestar el servicio en forma personal, no a través de ninguna otra persona.

---

<sup>20</sup> BAQUEIRO ROJAS, Edgar. Derecho Civil. Introducción y Personas. México, Ed. Harla, 1995. p. 141.

- c. Debe ser en forma subordinada, con obediencia y respeto.
- d. Debe estar sujeto a un horario de labores (jornada)

De esta forma es conveniente aclarar que existen diferentes tipos de trabajadores:

- 1) El trabajador en sí, el cual es el objeto de nuestro estudio.
- 2) El trabajador de confianza, las funciones que realiza se entenderán de confianza como son la dirección, inspección, vigilancia y fiscalización, así como la de trabajos personales del patrón dentro del centro de trabajo que cuentan con la fe y la confianza del patrón, artículo noveno de la Ley Federal del Trabajo. Dicho trabajador tiene como limitrofes que no pueden ser sindicalizado, la participación en las utilidades es reducida, no tiene derecho a la reinstalación.
- 3) El trabajador sindicalizado es aquel afiliado a un sindicato y lo rige un contrato colectivo de trabajo.

#### **2.1.5. Concepto de Patrón**

El artículo décimo de la Ley federal del Trabajo lo define "Es la persona física o moral que utiliza los servicio de un o vario trabajadores".

Se entiende que el patrón puede ser una persona física o persona moral, entendiendo por moral a todas las sociedades tanto civiles como mercantiles debidamente constituidas.

También debemos tomar en cuenta que es el patrón quien debe pagar los servicios prestados por el trabajador.

- 4) Intermediario. El artículo doce de la ley en comento lo define como "aquel que contrata o interviene en la contratación de una u otras personas para que presten servicio a un patrón".

### **2.1.6. El salario como elemento de relación de trabajo**

La Ley Federal del Trabajo, de conformidad con el artículo 82 señala: "Es la retribución que debe pagar el patrón al trabajador por su trabajo". Por lo que se debe entender al salario como un derecho de los trabajadores y como tal debe cumplir con una serie de requisitos estipulados en el artículo 123 de nuestra Carta Magna:

- a) El salario deberá pagarse en moneda de curso legal, no siendo permitido hacerlo efectivo en mercancías, vales, fichas o cualquier otro signo representativo con que se pretenda sustituir a la moneda.
- b) Por lo que el salario debe ser remunerador y nunca menor al fijado como mínimo de acuerdo a las disposiciones contempladas en la ley; para fijar el importe del salario se tomarán en consideración la cantidad y calidad del trabajo.

Pero además es necesario soslayar que hablar de derecho del trabajo implica la vinculación de retribuir el trabajo mismo, y que los doctrinarios ha propuesto dos formulas a saber para dicha retribución:

1. - Dar a cada uno según sus méritos significa promover las energías, impulsarlo a mejorar y a intensificar el propio trabajo.
2. - Dar a cada uno según sus necesidades, asegurando a todos un nivel de existencia decorosa y humana, pero sólo da iniciativas y debilita las fuerzas, por

que nadie esta incitado a dar más porque de cualquier modo se le esta garantizado aquello que necesita.

En este orden de ideas, es importante contemplar las maneras de pagar el salario al trabajador, por su trabajo:

- a) Salario por unidad de tiempo. Es aquel en donde la retribución se paga en función del número de horas durante el cual el trabajador está a disposición del patrón para prestar su trabajo (jornada)
- b) Salario por unidad de obra. Es aquel en donde la retribución se paga en función de los resultados del trabajo que preste el trabajador, es lo que se conoce como salario a destajo, dependiendo de las unidades de trabajo que se realice será el pago.
- c) Salario a comisión. Es aquel en donde la retribución se paga en función de los productos o servicios de la empresa vendidos o colocados por el trabajador.
- d) Salario a precio alzado. Es aquel en donde se combinan los salarios por unidad de tiempo y por unidad de obra, así que la retribución se paga en función de la obra que el patrón se proponga ejecutar.

El artículo 84, de la Ley Federal del Trabajo, establece lo que se debe entender por salario diario integrado "se integra con los pagos hechos por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo".

Es importante aclarar que aparte de la Ley en comento en sus artículos 84 y 143, existe otro numeral que es el artículo 27 de la Ley del Seguro Social en la que se especifica que conceptos integran el salario.

Otro numeral de la citada ley es el artículo 90 "es la cantidad menor que debe recibir en efectivo el trabajador por los servicios prestados en una jornada de

trabajo". A este respecto el artículo 123 de nuestra Constitución, impone la finalidad que debe que se debe contemplar con el salario mínimo, es decir, debe ser suficiente para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia en aspectos como el social, cultural y por supuesto el material, proveyendo de la educación obligatoria para sus hijos.

Desgraciadamente la realidad rebasa la finalidad para la cual fue creado el salario mínimo, el trabajador si con un salario mínimo en sus manos es insuficiente para sostener las necesidades básicas de su familia, mucho menos se puede esperar que le alcance para proveer a sus hijos de educación, de recreación o incluso vestirlos y calzarlos. De tal manera que el objetivo del salario mínimo se reduce a una utopía para la clase social trabajadora, muy lejos de ser eficaz en la realidad en la que se vive.

En lo respecta a la mujer, hemos visto que desde el comienzo de la industria, ésta forma parte de las masas de trabajadores, que en ese momento si se hubiese prescindido de ella, se hubiera provocado una crisis económica y social, más sin embargo recibían un salario muy inferior al del hombre.

Fue en Francia en la Ley del 10 de julio de 1915, que estableció un salario mínimo a favor de las obreras a domicilio, en las industrias del vestido. Cuya finalidad fue establecer el principio de un salario mínimo, permitiendo a la obrera la habilidad de ganar en una jornada de ocho horas un salario igual por el tiempo trabajado.

Pero el principio de "a trabajo igual, salario igual", generó que se hubiesen dado argumentos a favor y en contra del mismo, a saber:

***Argumentos en contra de la igualdad de salarios entre el hombre y la mujer***

1) De origen económico:

- Poca asiduidad, porque según datos de una sociedad industrial, la frecuencia de las enfermedades es mayor entre las mujeres que entre los hombres, si se hubiese admitido este dato, invocaría a la par tener en cuenta, que dichas faltas se ocasionan por la maternidad y por el exceso de trabajo que realiza, la conocida doble jornada de trabajo: el profesional y el del hogar, con lo que se enferma en mayor proporción o depende de las enfermedades familiares del marido e hijos, que la retienen en casa, pero no se debe olvidar que si bien es cierto la mujer es más constante y asidua en el trabajo que el hombre, se ha demostrado que el periodo de enfermedad es más prolongado en el hombre que en la mujer.
- Restricciones legales referente al trabajo de las mujeres, las restricciones al trabajo de noche, en épocas pasadas, creaban una situación de desventaja para la producción de una empresa y se justificaba la diferencia de salario.
- El factor de necesidad en la determinación de los salarios, es decir, el salario del hombre es para la manutención de la familia, y en cambio el de la mujer era un factor complementario, hoy en día vemos que esto no es así millones de familias en el planeta son mantenidas por mujeres.

## 2) De orden social

- Capacidad profesional inferior en la mujer, las consecuencias del menor interés profesional en las mujeres fueron ocasionadas por la indiferencia de la sociedad en general y del convencimiento de que el hombre necesita cierto servicio domestico, pero desde hace varios años esta comprobado, por la medicina y la psicología, la igualdad intelectual de los sexos y fisiológicamente se ha demostrado que la mujer, aunque más débil en fuerza física, tiene mayor resistencia biológica, en conclusión la mujer revela la misma capacidad laboral e intelectual que el hombre.

- La desconfianza masculina hacia el trabajo femenino, pero la realidad es que esta desconfianza se encontraba basada en el miedo de la competencia femenina, al acaparar puestos de trabajo que por mucho tiempo fueron reservados exclusivamente al hombre.

### ***Argumentos a favor de la igualdad de salarios entre el hombre y la mujer***

- 1) El principio de equidad, que reprueba la discriminación de la mujer en tanto que también es un ser humano y trabajador.
- 2) Desde un punto de vista económico, el aumento del poder de compra y la atracción de mano de obra nueva, así como el acrecentamiento de la productividad mediante un aprovechamiento de facultades y energías humanas.

Derivado de lo anterior se debe reconocer que los políticos, industriales que en su momento se aferraban a la desigualdad de retribución del salario femenino, eran producto de intereses egoístas.

El problema de la igualdad de la remuneración se ha llevado al plano internacional, el principio de igualdad de salario figura en el Tratado de Versalles en el año de 1919, así como en la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo. en su artículo 23 dispone "Todos tienen derecho, sin discriminación alguna, a un salario igual por un trabajo igual."

En Alemania, la Ley Fundamental de la República, establece en su artículo tercero, párrafo segundo, que todos los hombres y mujeres son iguales en

derechos, y en el párrafo tercero aclara que nadie puede ser perjudicado ni privilegiado a causa de su sexo.<sup>21</sup>

Considero que es un gran paso en la humanidad no discriminar a la mujer por razones de su sexo, aunque todavía falta mucho por hacer y esto solamente se lograra comprendiendo las razones por las cuales la mujer necesita un apartado de protección especial en los ordenamientos legales.

## **2.2. Parto Prematuro**

Aún faltan semanas o incluso meses para llegar al final del embarazo, pero de repente se producen algunas señales de alarma como lo son pérdidas de sangre por vía vaginal, contracciones, desprendimiento de las membranas o de la placenta por lo que la futura madre debe de acudir de inmediato al hospital. El ginecólogo llega a la conclusión de que se trata de una "amenaza de parto prematuro", algo muy frecuente (se presenta en el 5-10 por ciento de los casos) que puede depender de causas muy distintas, aunque a menudo no se logra descubrir el motivo.

### **2.2.1. Concepto de Prematuro**

La definición de precocidad de acuerdo con la Oficina Estadounidense del Censo y con la Oficina Infantil, es "la terminación del embarazo en el período desde el principio de la vigésimo octava semana hasta finales de la trigésima séptima semana de la gestación. La primera denota el límite inferior en el cual puede esperarse el mantenimiento de la existencia extrauterina. El superior se ha seleccionado porque la fecha de iniciación del embarazo no puede estimarse con precisión de dos o tres semanas.

---

<sup>21</sup> FALCON O'NEILL, Lidia. Los Derechos Laborales de la Mujer. Madrid, Ed. Montecorvo, 1965. p. 208-210.

De acuerdo a lo anterior, en donde la estimación del embarazo no puede ser exacta, se usan los siguientes criterios como indicadores de precocidad, a saber:

- 1) Un peso al nacer de 2,500 gr o menos.
- 2) Una longitud de coronilla a talón de 47 cm. O menos.
- 3) Un diámetro occipitofrontal cefálico de menos de 11.5 cm.
- 4) Una circunferencia cefálica de menos de 33 cm.
- 5) Una circunferencia torácica inferior a 30 cm.
- 6) La desproporción entre las circunferencias cefálica y torácica.

El criterio aislado, más generalmente aceptado, es el del peso. Esta es la definición usada por la Academia Americana de Pediatría, independientemente del período de la gestación, permitiendo la inclusión de ciertos niños nacidos a término; pero cuya inmadurez física y funcional lo hace semejantes a niños que han tenido una existencia intrauterina de menos de 37 semanas. Además el lactante prematuro en su comportamiento muestra su inmadurez: no tiene reflejos normales y carecen de la capacidad general de llevar a cabo funciones vitales.

En este orden de ideas en términos obstétricos, se definen como prematuros los niños que nacieron antes de la semana treinta y siete de embarazo. En este momento, casi siempre suelen pesar menos de 2,500 gramos y no alcanzan los 46 centímetros de longitud.

Se habla de recién nacidos con peso extremadamente bajo (PEB) cuando el parto se produce entre la 23ª y 28ª de gestación. Se habla de "grandes prematuros" cuando el parto se produce entre la semana veintiocho y la treinta y dos, momento en el que el peso oscila entre 1,000 y 1,100 gramos (aproximadamente a las veintiocho semanas de embarazo) y 1,500 gramos (aproximadamente a las treinta y dos semanas de embarazo)<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> MARLOW, George. Enfermería Pediátrica. Buenos Aires, Ed. Interamericana, 1980. p. 169.

### 2.2.2. Causas más comunes del parto prematuro

Acerca del criterio del peso, la incidencia en los nacimientos en hospital en Estados Unidos, se calculó que era de un 7.6 por 100 aproximadamente; en Inglaterra, de un 6.5 por 100; en Suecia, de 5.5 de 100; en Francia, de un 7 por 100; en Japón, de un 10 por 100, y en cierta porción de la India, más del 35 por 100. La incidencia de partos prematuros en los países subdesarrollados es imposible establecerla; pero, en determinadas regiones de la India y África es superior, indudablemente, desempeña un papel los factores sociales, económicos y raciales.

A continuación se enumeran algunas condiciones maternas asociadas con retardo de crecimiento intrauterino y parto prematuro.<sup>23</sup>

- a) Madre joven o edad muy avanzada
- b) Escaso aumento de peso materno durante el tercer trimestre del embarazo
- c) Enfermedad materna durante el embarazo
- d) Nuliparidad
- e) Ausencia de cuidados médicos adecuados durante el embarazo
- f) Nivel socioeconómico bajo
- g) Raza negra
- h) Embarazo múltiple
- i) Diabetes mellitus
- j) Preclamsia
- k) Infección intrauterina
- l) Tabaquismo, consumo de cocaína y abuso de otras sustancias
- m) Toxemia
- n) Una hemorragia ante parto: desprendimiento prematuro de la placenta y placenta previa.

---

<sup>23</sup> FERNANDEZ, Del Castillo Carlos. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. México, Ed. JGH Editores, 2000. p. 49-62.

- o) La ruptura prematura de las membranas
- p) Enfermedades cardíacas
- q) La grave sensibilización al factor sanguíneo RH.
- r) Demasiado trabajo y una dieta inadecuada.
- s) Poligohiramnios y oligohidramnios

a) Las mujeres que tienen más probabilidad de un parto prematuro son las que aún no han cumplido los veinte años, ya que tienen un aparato genital inmaduro y las mujeres de más de treinta y cinco años, porque comienza una lenta involución del aparato reproductor.

b) Escaso aumento de peso materno durante el tercer trimestre del embarazo. Un feto con crecimiento restringido, es aquel que no logró alcanzar su potencial de crecimiento de edad gestacional debido a uno o más factores causales; la morbilidad perinatal es importante en los recién nacidos que sufren retardo del crecimiento intrauterino (RCI), éstos tienen mayor posibilidad de asfixia y acidosis, hipoglucemia, hipotermia y policitemia. Las causas del RCI, se ubican en factores fetales, placentarios y maternos, a saber:

Fetales. Las enfermedades genéticas y las anomalías congénitas puede producir RCI, algunas como las displasias óseas, cardiopatía congénita y anomalías renales, la presencia de arteria umbilical única sin otras anomalías en un 25% de los casos de los recién nacidos pesaran menos de 2.500 gr; otras alteraciones referidas con asociación RCI son inserciones anormales del cordón en la placenta y circulares del cordón al cuerpo fetal, asimismo el embarazo múltiple es un factor reconocido de un desarrollo fetal subóptimo.

Placentarias. La formación de la placenta, evento esencial en el desarrollo del embarazo, pueden sufrir anomalías que podrían provocar una discordia entre las demandas nutricionales y de oxigenación fetal y las posibilidades de perfusión

placentaria, lo anterior se traduce si el trofoblasto no destruye la pared muscular de las arterias espirales haciéndolas incapaces de responder a los estímulos vasoactivos, puede existir un inadecuado aporte sanguíneo a la placenta en crecimiento conduciendo a un aborto espontáneo, RCI, muerte fetal o preeclampsia.

**Maternas.** Los procesos infecciosos maternos pueden afectar el desarrollo fetal; los más comunes son los virales como rubéola, citomegalovirus, varicela zoster, inumno deficiencia humana y herpes simple, en segundo plano se encuentran los protozoarios como malaria, toxoplasmosis y tripanosomiasis y en tercer lugar las enfermedades renales, hipertensión, diabetes, lupus, abuso materno de las drogas y tabaquismo así como los factores indirectos que se traducen en una dieta inadecuada, ausencia de control prenatal y diversos factores socioeconómicos.

c) Enfermedad materna durante el embarazo. El embrión, el feto y el neonato son especialmente susceptibles a adquirir infecciones ocasionadas por diversos virus, ocasionando complicaciones pre y posnatales, considerando que la fuente de transmisión más importante es la madre.

#### **Complicaciones de las infecciones congénitas ocasionadas por virus**

**Reabsorción del embrión**

Aborto

**Malformaciones congénitas**

**Bajo peso al nacer**

Retardo en el crecimiento intrauterino

**Parto pretérmino**

Enfermedad aguda por manifestaciones al nacimiento o poco después

**Infección postnatal con secuelas neurológicas tardías e infección asintomática y sin secuelas**

Muerte del feto o el neonato

En el Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Perinatología, las enfermedades víricas más frecuentes que se atienden en la paciente embarazada son por orden de frecuencia, entre los cuales destacan a saber:

Varicela zoster. Es provocada por el virus que lleva el mismo nombre aunque es una infección poco frecuente en el embarazo, pero con alta prevalencia en la comunidad infantil considerando además que el 1% de la población puede presentar la infección de manera asintomática, este virus se manifiesta por lesiones que cursan con máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras que son diseminadas por todo el organismo cuando no se tiene inmunidad previa, todas estas lesiones son infectantes.

El daño que le puede causar al feto puede ser desde daño al sistema nervioso, que se manifiesta con microcefalia, si la madre se infecta en la etapa final del embarazo puede haber varicela neonatal y complicarse con neumonitis.

Herpes simple. Esta infección depende de la actividad sexual y el estado socioeconómico bajo, si la infección se presenta en el inicio del embarazo puede producir aborto o muerte intrauterina, si el embarazo es más avanzado el producto también puede adquirir lesiones, complicarse con hepatitis y neumonitis si se expone a las lesiones genitales activas de la madre.

Infección por citomegalovirus (CMV). Es un virus de DNA de la familia de los herpes virus, el daño fetal puede ocurrir en cualquier trimestre, generalmente cuando el virus atraviesa la placenta, pero en algunas ocasiones asciende al cérvix, ya que se considera una enfermedad de transmisión sexual, cuando el feto se infecta, cerca del 10% llega a sufrir daño en el sistema nervioso o central, otras de las manifestaciones más tardías de la infección son microcefalia, sordera sensoneuronal, retraso en el desarrollo mental, bajo peso al nacer e hipotrofia.

Rubéola. En 1941 un oftalmólogo australiano reportó la asociación entre cataratas, usualmente bilaterales, en los neonatos y niños atribuyendo este descubrimiento a

la infección de la madre durante el embarazo; posteriormente se vio la relación entre este mismo proceso infeccioso con la sordera y defectos cardíacos, el riesgo de daño es mayor en el primer trimestre del embarazo.

Después de la semana dieciséis, el riesgo disminuye, pero puede presentarse microcefalia, deficiencia mental y defectos en la formación de los fetos en donde la madre no tuvo la infección en la infancia o no fue vacunada en la etapa reproductiva. En el Instituto Nacional de Perinatología, publicaron el resultado de los embarazos complicados con rubéola de 1990 a 1997, de los cuales destaca que el 71% de los productos cuyas madres padecieron la rubéola en el primer trimestre de la gestación, se infectaron y el 51.6% desarrollo síndrome de la rubéola congénita. De esto los hallazgos más frecuentes fueron prematuridad, bajo peso al nacer y alteraciones de los potenciales provocados auditivos del feto.

En este caso, no existe tratamiento alguno, éste se basa en la prevención, refiriéndose a costo-beneficio si la persona no se ha puesto en contacto con el virus de la rubéola desde la infancia y si se comprueba por la determinación de anticuerpos (IgG) que no tiene memoria inmunológica, se deberá proceder a la vacunación en la etapa reproductiva; la vacuna deberá aplicarse tres meses antes de que la paciente decida embarazarse puesto que la vacuna es un virus atenuado.

Sarampión. La infección durante el embarazo ocurre con una frecuencia mayor en pacientes de comunidades rurales aisladas, el periodo de incubación es de 10 a 14 días, existe una incidencia mayor de prematuridad en las pacientes con sarampión perinatal y también de abortos, la enfermedad intrauterina se ha reportado y puede ser severa, la mortalidad es mayor en prematuros que en neonatos de término infectados, la neumonía es la causa de muerte más frecuente.

d) Nuliparidad. Se refiere a la mujer que no ha parido nunca.

e) y f). En lo que se refiere a la ausencia de cuidados médicos adecuados durante el embarazo y el nivel socioeconómico bajo; muchas mujeres son atendidas por primera vez por un obstetra al llegar al trabajo de parto por las condiciones de extrema pobreza en la que viven y falta de información acerca de la importancia de los cuidados prenatales y se predisponen a una mala salud, quizá a enfermedades crónicas o agudas como la desnutrición que indudablemente influyen en que el feto no pueda llegar a término. Es por eso que se recomienda que durante los nueve meses de embarazo, se deben efectuar un mínimo de cinco visitas ginecológicas y, por lo menos dos ultrasonidos.

g) Raza. Se han encontrado variaciones importantes dentro de los grupos étnicos de los Estados Unidos, pero esto también es cuestionable en relación con el estado socioeconómico. Se reporta que tiene 18% en mujeres blancas, 20% en las mujeres hispánicas y 22% en las afro-americanas, tienen mayor incidencia de partos prematuros.

h) Embarazo múltiple es otra de las causas de un parto prematuro, si es gemelar o múltiple, o el feto presenta unas dimensiones mayores de lo normal (macrosomía fetal), aumentan los riesgos de que el saco amniótico que contiene al feto se rompa. Debido al excesivo peso que el útero tiende a dilatarse y se adelgaza, y las membranas que protegen al niño se pueden romper y dar lugar a contracciones. Estos problemas suelen producirse durante el segundo trimestre, cuando el tamaño de los gemelos, trillizos, cuatrillizos, quintillizos, sextillizos, séptillizos, aumenta y el de la cavidad uterina resulta insuficiente. Lo anterior sucede en las mujeres que recurren a tratamientos contra la esterilidad.

i) Diabetes. A partir de 1882 y hasta antes del descubrimiento de la insulina, aparecieron algunas sobre resultado de embarazos y diabetes y, para ese entonces, la mortalidad materna era alrededor de 30% y las pérdidas reproductivas, abortos, óbitos y muertes neonatales, cercanas a 75%; otro 25% de

muerres maternas se observó dentro de los dos años siguientes a la terminación del embarazo, principalmente por cetoacidosis diabética. Es claro que con el advenimiento de la insulina se disminuyó la mortalidad materna, posteriormente al adjuntarse la estrecha relación entre la glucemia materna y las complicaciones del producto y, por tanto conocer la importancia de ajustar el control metabólico materno en tal forma que se puedan tener glucemias, si bien es cierto no idénticas, si muy similares a las de las embarazadas sanas, se abatió también la mortalidad perinatal hasta cifras cercanas a las de la población general; sin embargo las malformaciones congénitas también constituyen el principal factor que la mantiene un tanto elevada, por lo que se refiere a la morbilidad tanto materna como perinatal, aunque tiende a disminuir con el control estricto de la diabetes, aún es mayor que en la población general.

Clasificación de la diabetes mellitus, es una clasificación reciente, sustituyendo a la que se empleaba en 1979 y es, a saber:

I. Tipo uno. Destrucción de células beta que conduce a deficiencia de insulina.

a. Inmunológica

b. Idiopática

II. Tipo dos. Puede variar desde predominio de resistencia a la insulina con deficiencia relativa de insulina hasta predominio del defecto de secreción con resistencia a la insulina.

III. Otros tipos específicos:

Defecto genético de la función de la célula beta

Defecto genético de la acción de la insulina

Enfermedad del páncreas exocrino

Endocrinopatías

Inducida por drogas o sustancias químicas

Infecciosa

IV. Diabetes gestacional. Bajo la denominación de diabetes mellitus y embarazo incluimos tanto a mujeres con diabetes tipo I o con diabetes tipo II que se embarazan e incluso con otros tipos específicos, como aquellas que desarrollan la diabetes durante el embarazo, que la que se conoce bajo el nombre de diabetes gestacional.

Se ha aceptado en el campo de la medicina que la frecuencia de diabetes previamente establecida y embarazo es de 0.2%, aunque en países como el nuestro, en que es muy común atender a mujeres embarazadas de 40 años de edad o más, debe ser superior; la diabetes gestacional en cambio se presenta en un 2 a 12% de todos los embarazos, dependiendo del grupo étnico y de la acuciosidad con que se le busque, su importancia radica en la morbilidad materna y fetal que pueden ser muy elevadas si no se toman las medidas pertinentes para prevenirlas, así como el papel que puede tener el médico tratante para ayudar a la progresión posterior a diabetes mellitus permanente.

Como es sabido, el embarazo normalmente esta diseñado para aportar al producto en gestación los sustratos energéticos en forma continua, para lograrlo sucede en el organismo materno una serie de adaptaciones, todas las cuales favorecen la aparición de la diabetes.

Durante las primeras semanas de la gestación, los niveles crecientes de estradiol y progesterona estimulan a las células beta del páncreas, de tal suerte que existe hipertrofia de las mismas con niveles un tanto aumentados de insulina en la sangre materna y como consecuencia se disminuye la producción de glucosa por el hígado. Así pues al principio del embarazo existe tendencia a la hipoglucemia y este dato aislado en una joven diabética, aparentemente bien controlada desde el punto de vista metabólico debe alertar al médico sobre la posibilidad de embarazo.

Conforme la gestación avanza, la placenta aumenta su producción de somatomamotropina coriónica y la madre sus concentraciones de cortisol y prolactina, con lo que se inicia una etapa de resistencia a la insulina. Dicha resistencia es una característica normal del embarazo, diversos estudios han demostrado que la mujer embarazada secreta mayor cantidad de insulina en respuesta a una carga de glucosa oral, además de reportar una disminución en la tolerancia a los carbohidratos en comparación con mujeres no embarazadas, lo que traduce una disminución en la sensibilidad a la insulina.

De acuerdo con lo anterior, una mujer diabética que se embaraza experimenta mejoría en su diabetes al principio de la gestación, con agravamiento posterior y mayores requerimientos de insulina conforme la gestación progresa. También la posibilidad de desarrollar diabetes gestacional es mayor a mayor edad gestacional; después del parto con la expulsión de la placenta los requerimientos de insulina disminuyen considerablemente por unos días debido al hipopituitarismo fisiológico materno que caracteriza a estos momentos, excepción hecha de la prolactina que se mantiene elevada para facilitar la lactancia y usualmente la diabetes gestacional desaparece, si bien hay que señalar que puede persistir como diabetes tipo uno o dos en 15% de estas mujeres.

Así como se ha aumentado el conocimiento en la medicina, sobre la importancia del control adecuado de la alteración metabólica durante la gestación, así como antes de ella, también se debe tomar en cuenta las técnicas para el bienestar fetal; la valoración biofísica del feto por el ultrasonido o el registro cardiotocográfico, a partir de la edad gestacional conveniente y con la frecuencia adecuada, informan el bienestar fetal y si es necesario debe recurrirse a la monitorización con registro cardiotocográfico durante la aplicación de oxitocina y finalmente en caso de necesidad de interrumpir el embarazo, se debe tomar en cuenta el estado de madurez pulmonar.

j) Los estados hipertensivos del embarazo representan sin lugar a duda un problema un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo por su repercusión sobre la salud materno-fetal, de acuerdo con datos presentados por la Organización Mundial de la Salud estos trastornos se encuentran asociados a una elevada morbimortalidad materna y perinatal, ocupando el primer lugar como causa de muerte. En los EE.UU. es responsable directo del 16% de las muertes maternas.

Se trata de una enfermedad que se presenta únicamente en el ser humano y cuya etiología aun no ha sido dilucidada. Descrita clásicamente como la enfermedad de las teorías constituye una forma de hipertensión reversible que se presenta en el 6 al 8% de los embarazos mayores de 20 semanas; en su mayoría son mujeres primigestas o con otros factores de riesgo asociados como embarazo múltiple, edades extremas de la vida, historia familiar de preeclampsia, ser portadora de hipertensión crónica, nefropatía, enfermedad auto inmune como lupus o enfermedad metabólica como la diabetes.

En los últimos años las investigaciones se han dirigido a profundizar en la fisiopatología de la enfermedad. Se ha aceptado que la vía final común del proceso fisiopatológico, explicado por diversas teorías, es la disfunción o daño endotelial vascular. Los síntomas y signos maternos resultan y expresan la alteración de la fisiología del embarazo que incluye una vasoconstricción generalizada como respuesta a la hipertensión, un aumento de la permeabilidad capilar, el edema progresivo, la disminución del volumen plasmático, el incremento de los factores de coagulación, una reducción de la perfusión orgánica, una falla de la filtración glomerular y el daño vascular endotelial. Las diferentes investigaciones están de acuerdo en considerar que el proceso fisiopatológico central se caracteriza por vasoespasmo, hipertensión y diferentes grados de alteración en la perfusión de órganos vitales, particularmente la unidad feto-placentaria.

Mientras la investigación avanza, los clínicos responsables de la atención de los pacientes con estados hipertensivos durante el embarazo, deben mantenerse actualizados para ofrecer las mejores oportunidades de un diagnóstico precoz y un tratamiento y conducta con las mayores probabilidades de sobrevida para la madre con su hijo.

Factores de riesgo. Uno de los capítulos que han tenido mayor interés en la investigación de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, ante la falta de poder puntualizar su origen, es sin duda los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de esta patología.

La nuliparidad se ha relacionado como un factor importante de riesgo y este se ve alterado con el simple antecedente de aborto que hace que disminuya en dos terceras partes de probabilidad. En algunos centros llega a presentar el 20% de la nulíparas, mientras que solo el 7% en las múltíparas.

Edad mayor de 40 años se relaciona con la posibilidad de padecer hipertensión crónica o alguna otra enfermedad por daño vascular que se asocia a hipertensión.

La historia familiar de hipertensión arterial inducidas por el embarazo en relación hasta tres generaciones es un punto que hoy se investiga como factor genético monogenico y no una tendencia familiar.

Predicción. La presentación de la preeclampsia en el embarazo a termino, o cercano a éste, esta asociado a una morbilidad materna y neonatal baja. En contraste, aquéllas pacientes (1%) quienes presentan la enfermedad en etapas tempranas del embarazo tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Debido a la falta de profilaxis comprobada para la preeclampsia, es conveniente la predicción de riesgo e identificación de enfermedades subclínicas en pacientes para de esta manera llevar acabo una observación una observación más intensiva. Existen ciertos grupos de pacientes

en riesgo tales como aquellos con hipertensión crónica, diabetes pregestacional, embarazo múltiple y antecedente de preeclampsia.

Diferencias en el tiempo de presentación, severidad y órganos involucrados sugieren que pueden existir diversas etiologías de base que finalmente llevan a la preeclampsia manifestándose como una tríada con hipertensión materna, proteinuria y edema.

Por lo tanto diversos marcadores pueden ser utilizados para el diagnóstico de la enfermedad previa a su aparición clínica (hipertensión, proteinuria y edema)

En este orden de ideas; el estado hipertensivo del embarazo (EHIE), es un padecimiento que complica el embarazo mayor de veinte semanas, o al puerperio (no más de catorce días) y que se caracteriza por hipertensión arterial, edema, proteinuria y, en casos severos, alteraciones hematológicas, hepáticas y del sistema nervioso central (convulsiones o estado de coma) Engloba a los distintos tipos evolutivos de la enfermedad (preeclampsia leve, preeclampsia severa, inminencia de eclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP)

Enfermedad vascular crónica hipertensiva (hipertensión esencial) Es un padecimiento asociado al embarazo cuyo diagnóstico se establece antes de las veinte semanas, con presencia indefinida de la misma después del nacimiento o historia de hipertensión previa a la gestación.

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo se clasifica, a saber:

Preeclampsia leve. Se establece el diagnóstico posterior a la semana veinte de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos:

- Presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg o elevación mayor o igual a 30 mmHg sobre lo habitual.

- Presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg o elevación mayor o igual a 15 mmHg sobre la presión habitual.
- Presión arterial media mayor o igual a 106 mmHg.
- Proteinuria menor de tres gramos en orina de veinticuatro horas.
- Edema persistente de extremidades o cara.

El manejo de las pacientes con este tipo de preeclampsia debe estar basado en la conservación y prolongación de la gestación si no existe agravamiento a una edad gestacional en la que se pueda interrumpir el embarazo con un riesgo mínimo para la madre y el feto, por lo que ésta debe incluir:

- ✓ Reposo absoluto.
- ✓ Incremento en la ingesta de proteína de origen animal.
- ✓ Disminución del sodio en la dieta.
- ✓ No prolongar el embarazo más de la semana 38 e interrupción del mismo de acuerdo con las condiciones obstétricas.
- ✓ Internamiento en caso de agravamiento

Preeclampsia severa. Se considera la existencia cuando posterior a la semana veinte de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos:

- Presión sistólica igual o mayor a 160 mmHg.
- Presión diastólica igual o mayor a 110 mmHg.
- Presión arterial media mayor a 126 mmHg.
- Proteinuria mayor a tres gramos en orina de veinticuatro horas.
- Edema generalizado, o bien presencia de uno de los siguientes signos:
  - a) Presión sistólica igual o mayor a 180 mmHg.
  - b) Presión diastólica igual o mayor a 120 mmHg.
  - c) Presión arterial media mayor o igual a 140 mmHg.
  - d) Proteinuria mayor a cinco gramos en orina de veinticuatro horas.
  - e) Estupor.

- f) Pérdida parcial o total de la vista.
- g) Dolor epigástrico en barra.
- h) Hiperreflexia generalizada

De no existir datos de descompensación y una buena evolución, el embarazo no deberá prolongarse después de la semana 36 y deberán evaluarse las condiciones obstétricas para tomar la decisión de la vía del nacimiento.

**Eclampsia.** El diagnóstico se establece cuando posterior a la semana veinte de gestación, o en el puerperio (no más de catorce días), se presentan convulsiones o estado de coma acompañados de hipertensión arterial, edema o proteinuria.

Todas las pacientes en las que se establezcan el diagnóstico de eclampsia deberán ser internadas en una unidad de terapia intensiva, en donde deberán estabilizarse en cuanto a cifras tensionales y complicaciones concomitantes e, independientemente a corregir su estado, deberá interrumpirse el embarazo.

**Síndrome de HELLP.** Se establece el diagnóstico, cuando una paciente de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, se le agrega hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de la cuenta plaquetaria. Dicho síndrome se clasifica de acuerdo a la cuenta de plaquetas:

- Tipo I. Cuando la cuenta plaquetaria es menor a 50, 000 células/mm.
- Tipo II. Cuando la cuenta plaquetaria se encuentra entre 50, 000 y 100,000 células/mm.
- Tipo III. Cuando la cuenta plaquetaria se encuentra entre 100,000 y 150, 000 células/mm.
- Tipo IV. Cuando el síndrome aparece en el puerperio.

Algunos autores consideran que la presencia de este síndrome es indicación de interrupción del embarazo independientemente de la edad gestacional; algunos

otros consideran que debe darse tratamiento y de acuerdo a la evolución se deberá revalorar el riesgo-beneficio de continuar la gestación.

**Preeclampsia recurrente.** Se refiere a la presencia de cualquiera de los tipos de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, que se presentas por segunda ocasión o más en embarazos consecutivos o no.

En este orden de ideas, la preeclampsia es una alteración multi sistemática única en el embarazo, la cual complica un 6 al 8% de los embarazos, una incidencia que varía dependiendo de la población, región o país estudiado, ésta contribuye a la morbilidad y mortalidad materna y fetal. Su causa es desconocida; existe evidencia en el defecto primario en embarazos complicados por preeclampsia inicia tempranamente en el primer trimestre en forma de una respuesta vascular en la gestación anormal en la placentación, por lo que el limitado entendimiento en la medicina ha llevado a realizar múltiples estudios enfocados a su predicción y prevención que van desde un adecuado control prenatal, cuidado de la dieta y tratamiento farmacológico.

Una vez efectuado el diagnóstico de EHIE debe llevarse a cabo un tratamiento definitivo; se conoce que el mejor es la interrupción del embarazo, ya que desgraciadamente es la única medida que mejora la enfermedad. Para que ésta se lleve a cabo deben tomarse en cuenta la seguridad de la madre, el nacimiento de un feto vivo y maduro que necesite las menores medidas intensivas de atención neonatal, por lo que el tratamiento expectante o la interrupción se debe basar en:

- a) Severidad de la patología
- b) Condiciones obstétricas
- c) Edad gestacional
- d) Estado materno
- e) Estado fetal

Actualmente se conoce que el manejo expectante sin poner en riesgo a la madre, sobre todo con edades gestacionales entre las semanas 24 a 28 pueden modificar en forma significativa los índices de sobrevivencia neonatal de 35 a 76.4%, por lo que es muy importante soslayar tener a bien considerar el estado materno-fetal en la toma de decisiones.

k) Debido a una infección de la vagina que se remonta al cuello del útero, las bacterias pueden infectar el líquido donde el niño se encuentra sumergido o perforar las membranas provocando lo que en términos coloquiales se conoce como la "ruptura de la fuente".

Infección urinaria durante el embarazo. Desde el punto de vista conceptual, a la presencia de bacterias en la orina se le denomina bacteriuria asintomática y se habla de infección del tracto urinario cuando además de bacteriuria, se puede constatar un cuadro sintomático relacionado fisiopatológicamente.

Las infecciones del tracto urinario durante el embarazo pueden ocurrir con una frecuencia del 2 al 10% y, en estos casos la mujer embarazada resulta un huésped comprometido, ya que las condiciones que imprime el embarazo en el organismo materno, pueden favorecer la diseminación y la evolución más grave de las infecciones y éstas a su vez pueden comprometer el curso del embarazo y la salud del producto de la concepción. Los cambios que el embarazo imprime en el organismo femenino y que pueden relacionarse directa o indirectamente con el favorecimiento de las infecciones urinarias, se enumeran a continuación:

1. Como consecuencia de la expansión del volumen circulante, ocurre un aumento del filtrado glomerular y un incremento del volumen urinario.
2. Secundariamente a la producción masiva de progesterona por el trofoblasto, el tono ureteral se encuentra relajado.

3. Por la conjunción de los dos factores señalados se favorece la estasis urinaria que se incrementa por la compresión mecánica del feto en los dos últimos trimestres.

Durante el embarazo ocurren también cambios químicos en la orina que pueden beneficiar la colonización bacteriana, tales como el aumento en la concentración de bioproductos como la glucosa, los aminoácidos y los metabolitos de degradación de las hormonas placentarias.

l) Las mujeres que fuman, consumen drogas o productos alcohólicos. Estas sustancias provocan daños en el sistema vascular y por consecuencia una escasa irrigación en la placenta por lo que no logra alimentar debidamente al feto.

m) Toxemia. Presencia de venenos o toxinas en la sangre y estado morboso consecutivo.

n) Placenta previa. Se define como "previa" la placenta (órgano esponjoso que transmite alimento y oxígeno al feto) que está situada de manera anómala; es decir, se encuentra en la parte inferior, en lugar de la superior, como debería de estarlo en el útero, cerca del orificio interno del cuello uterino. El problema se manifiesta mediante pérdidas de sangre, que no suelen ser dolorosas, y se puede descubrir durante el segundo trimestre a través de un ultrasonido. La mujer que manifiesta placenta previa seguirá sangrando hasta que se interrumpa el embarazo con resolución por vía abdominal, es importante que para la toma de decisiones tener en cuenta tanto parámetros maternos como fetales, entre los cuales destacan:

Fetales:

- Edad gestacional (parto pretérmino)

- Sufrimiento fetal.
- Participación fetal en la hemorragia.
- Riesgo de trauma por vía vaginal.

#### Maternos:

- Magnitud de la hemorragia.
- Dilatación cervical.
- Variedad anatómica de placenta previa.
- Estado de las membranas.

Se deberá interrumpir la gestación en forma inmediata cuando se presenta:

- Hemorragia severa.
- Hemorragia persistente (doce horas después de estar hospitalizada)
- Trabajo de parto después de la semana 36.
- Cuando el trabajo de parto es inevitable.
- Presencia de sangre fetal en la hemorragia.
- Presencia de sufrimiento fetal.

El tratamiento expectante, así como efectuar operación cesárea, ha impactado en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Asimismo, el tratamiento expectante tiene como sustento en prolongar el embarazo el mayor tiempo con la finalidad de evitar en lo posible la prematuridad del feto dado que en la mayoría de los episodios de sangrado se auto limitan y son graves para la madre y el producto. Asimismo dicho tratamiento implica un reposo estricto en cama, y dependiendo de la edad gestacional se debe inducir la madurez pulmonar del producto.

El Instituto de Perinatología, que es uno de los principales centros de atención materno fetal de nuestro país, nos reportan en las siguientes tablas, el número de

placentas previas y su forma de presentación, así como el total de nacimientos en los años 1996 al 2000.

*Número y forma de presentación por placenta previa*

	1996	1997	1998	1999	2000
Placenta previa sin hemorragia	57	40	85	95	21
Hemorragia por placenta previa	01	01	01	01	01
Desprendimiento prematuro por placenta.	05	07	03	02	04

*Número de Nacimientos*

Nacimientos	1996	1997	1998	1999	2000
Vivos	5,021	5,782	5,617	5,303	4,646
Óbitos	115	109	128	112	95
Total	5,136	5,891	5,745	5,415	4,741

El desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI), es la separación placentaria desde un sitio de implantación normal antes del nacimiento del producto, la presencia de DPPNI ocurre aproximadamente uno de cada cien embarazos, la mitad de los casos ocurren antes del trabajo de parto y en un 15% de los desprendimientos no se diagnostican sino hasta después del parto al revisar la placenta; la incidencia del DPPNI, al parecer aumenta con la edad gestacional ya que la mayoría de los productos afectados pesan más de 1500gr. al nacer.

En algunas condiciones se produce a raíz de un trauma o a causa de la preclampsia (presión alta) o embarazo múltiple, el uso de drogas como cocaína o

crack, el tabaquismo materno y la presencia de tumores uterinos, han sido considerados como factores predisponentes. Casi siempre se manifiesta durante el último trimestre, con pérdidas de sangre repentinas, con sangre roja oscura en un 80%, irritabilidad uterina en un 60%, sufrimiento fetal en un 50%, que sólo algunas veces van acompañadas por dolores en el bajo vientre, en un 60%. Con frecuencia, la hemorragia se presenta de manera súbita y requiere una cesárea inmediata. Hay que tener en cuenta que en un 25% de los casos la hemorragia no es visible. (hemorragia interna)

De acuerdo al grado de desprendimiento placentario y el estado clínico del paciente y el estado clínico de la paciente y del feto, el DDPNI se clasifica en tres grados, a saber:

Grado uno. El desprendimiento es menor de un 30% de la superficie placentaria, el sangrado vaginal cuando es visible, es ligero. El hematoma retro placentario rara vez supera los 500 ml. Existe irritabilidad uterina y discreta hipertensión; los signos vitales maternos están sin alteración, dicho grado no supone riesgo alguna al feto, el cual suele tener buenas posibilidades de supervivencia.

Grado dos. El 30 al 50% de la superficie placentaria está desprendido, la cantidad de sangrado vaginal es leve a moderado, hay irritabilidad uterina, pudiéndose encontrar útero tetánico. El pulso materno acelerado, la presión arterial esta conservada pero existe hipotensión postural. El volumen del hematoma es entre 150-500ml, superando en el 27% de los casos los 500ml. Por lo regular el feto esta vivo, pero en el 92% de los casos existen datos de sufrimiento fetal y la mortalidad perinatal es elevada, sobre todo si el parto es vaginal. El fibrinógeno esta disminuido en niveles inferiores de 150-200mg/%.

Grado tres. En este estadio, el desprendimiento es mayor al 50% de la superficie placentaria. La perdida sanguínea puede variar de moderada a severa, o bien estar oculta. El útero tetánico, muy doloroso. Pulso materno muy acelerado,

hipotensión franca y estado de choque. La pérdida fetal es constante. Existen trastornos en la coagulación manifestado por fibrinógeno bajo, trombocitopenia, disminución de los factores de coagulación y aumento de los productos de degradación del fibrinógeno; casi todos los casos de muerte materna se producen con un grado tercero.

En los casos donde las pacientes presentan DPPNI, tiene mayor incidencia de complicaciones durante los embarazos subsecuentes, por lo que requieren ser calificadas y manejadas como embarazos de alto riesgo. A pesar de que se recomienda la extracción prematura del producto en pacientes con antecedentes de DPPNI, con la finalidad de tratar de evitar el riesgo de que esta complicación se repita, aún no existen datos suficientes que apoyen dicha recomendación. Por lo que el corregir factor es de riesgo tales como el tabaquismo materno, mala nutrición y escaso aumento de peso durante el embarazo, así como un adecuado manejo de enfermedades contaminantes tales como la diabetes o hipertensión, probablemente resulte más eficaz para reducir la incidencia de DPPNI.

También son madres de riesgo, las que han sufrido un parto prematuro con anterioridad, las que han padecido abortos espontáneos, interrupciones voluntarias del embarazo o han tenido un niño con un peso menor a lo establecido. De igual manera las que tienen muchos hijos concebidos de forma muy seguida, por lo que el útero ha perdido su elasticidad y no logra sostener al feto.

La gran medida preventiva para reducir el número de nacimientos prematuros es un cuidado adecuado prenatal para todas las futuras madres. Programas de salud para el niño y la madre ( Federales, Estatales y Locales) proporcionando un buen cuidado obstétrico a miles de mujeres, pues es muy importante soslayar que cuanto más tiempo se pueda retener al feto en el útero, tantas más posibilidades tendrán de sobrevivir.

o) Ruptura de membranas. Se entiende por membranas el saco que envuelve al feto junto con la salida de líquido amniótico, la ruptura sucede cuando el peso ejercido por el abdomen sobre el útero acelera el desprendimiento de las membranas, algunas mujeres padecen de incontinencia cervical, se efectúa cuando el cuello del útero es muy corto, no logra contener al niño hasta al final del embarazo, problema que suele producirse durante el segundo trimestre, al aumentar el peso del feto. Además de dolor en el bajo vientre, se advierte tensión y las contracciones en el útero. A este problema la medicina le ha encontrado solución: se trata de detectar a las futuras madres que tienen un factor de riesgo importante, además de medir el tamaño de su cerviz entre las semanas 15ª y 30ª de gestación, antes de que haya amenaza de parto prematuro, si el médico descubre que es más corto de lo normal, le aconseja a la futura madre llevar una vida tranquila y someterse a un cerclaje, esta técnica consiste en dar un punto de sutura en el cuello para impedir que se abra demasiado pronto y el cerclaje es retirado antes del parto.

Las mujeres sometidas a un cerclaje consiguen mantener su embarazo más tiempo que las mujeres que solo guardan reposo. Por el momento solo los obstetras estadounidenses y británicos miden el cuello uterino de las pacientes que cuentan con algún factor de riesgo significativo, en España como en otros países esta iniciativa todavía no se ha generalizado, depende de cada médico decidir si pone en práctica la técnica de cerclaje.

p) Embarazo en la mujer portadora de cardiopatía. El embarazo se asocia con una gran variedad de cambios fisiológicos en el aparato cardiovascular, la mujer con corazón sano se adapta a ellos sin ninguna repercusión; Sin embargo estas modificaciones presentan un desafío para la gestante con enfermedad cardíaca y se traducen en el incremento en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, por lo que el control prenatal en la mujer con cardiopatía requiere de la comprensión de la fisiología cardiovascular durante el embarazo, nacimiento y puerperio.

En virtud de la frecuencia de las secuelas cardíacas de la fiebre reumática en nuestro país, el mayor número de cardiopatías con las que se asocia el embarazo son de origen reumático y las congénitas ha llegado a cifras que oscilan entre el 0.26 y el 4%, 2:1 en instituciones dedicadas al control prenatal de embarazos de alto riesgo.

A pesar de la vigilancia prenatal estrecha, un 35 a 40% de las pacientes presenta una o más complicaciones obstétricas o fetales durante la evolución del embarazo, entre las que destacan el retardo del crecimiento intrauterino que de manera indudable es más frecuente dentro de las mujeres con cardiopatía de origen congénito, principalmente en las de tipo cianógeno; la segunda complicación más frecuente la representa la amenaza de parto pretérmino y en un orden de importancia otra complicación es la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

Estudios realizados en 995 casos (85.11%), el embarazo culminó entre la 37 y 42 semanas de gestación y nacimientos entre la semana 21 y 36 de gestación ocurrió en 143 casos (12.23%), des estos últimos las principales causas que motivaron el nacimiento pretérmino fueron, en 24 casos, la ruptura prematura de membranas, la enfermedad hipertensiva aguda del embarazo en 13 casos y el retardo de crecimiento intrauterino en 7 casos.

q) La grave sensibilización al factor sanguíneo RH. Cuando una paciente es RH negativo y su pareja RH positivo, hay que pensar en la probabilidad de que el RH del feto pueda ser también positivo; en este caso puede ocurrir paso de sangre fetal hacia la circulación materna, durante la gestación esta posibilidad es más rara (1%) que durante el parto, en el cual se facilita el contacto de la sangre RH negativo materna con al Rh positivo del feto. En tales circunstancias la paciente formará anticuerpos anti-Rh (anti-D), si no se le administra una gammaglobulina anti-D, que suprime su respuesta inmune dentro de las primeras 72 horas del parto. Si la madre no recibe la inmunoprevención en el puerperio desde su primer

embarazo, adquiere los anticuerpos circulantes anti-D y por tanto se encuentra sensibilizada al factor Rh. Por lo que en el siguiente embarazo los anticuerpos anti-D circulantes atraviesan la barrera placentaria y se fijan en los eritrocitos fetales provocando la hemólisis y diversos grados de anemia secundaria, dependiendo la gravedad de la hemólisis, el producto puede presentar hepatoesplenomegalia como consecuencia del daño citotóxico directo y en el grado más extremo de repercusión, el producto no puede compensar la anemia, no mantiene la oxigenación tisular y existe fuga de proteínas. Al nacimiento, los anticuerpos maternos presentes en la circulación del neonato durante los primeros días de vida extrauterina continúan provocando hemólisis que se refleja en la elevación de los niveles de bilirrubina indirecta; el riesgo de lesión en el sistema nervioso central por depósito de bilirrubina es mayor cuanto más elevados se encuentren estos niveles y menor sea la edad gestacional del neonato.

Es importante tener presente que en cualquier momento se pueden detectar alteraciones agudas del estado fetal, por tal razón existe la necesidad de administrar inductores de madurez pulmonar a partir de la vigésima séptima semana para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria.

r) Las mujeres que llevan un ritmo de trabajo intenso, una dieta inadecuada están expuestas a padecer un estrés muy intenso y prolongado causante de un parto prematuro. Asimismo realizar grandes esfuerzos físicos relacionados con su trabajo.

s) El término oligohidramnios se refiere a la presencia de pequeños volúmenes de líquido amniótico, la orina fetal es la fuente principal de líquido amniótico, el que se mantiene en equilibrio por la deglución y reabsorción por el feto. Una disminución acentuada de la producción o excreción de orina fetal puede producir oligohidramnios, la importancia de la disminución del volumen del líquido amniótico reside en que causa en el producto: malformaciones renales, retardo del crecimiento intrauterino, hipoplasia pulmonar, síndrome de potter (con apariencia

facial caracterizada por una nariz chata, retrognatia y un pliegue prominente que transcurre hacia abajo y afuera del borde interno del ojo, las orejas suelen ser de implantación baja, aplanadas contra la zona lateral de la cabeza), defectos en las manos en forma de palas y pie zambo equinovaro.

Por lo que se refiere a los poligohidramnios, es decir, el aumento del líquido amniótico; se produce cuando el líquido amniótico (sustancia constituida principalmente por agua, donde se halla sumergido el feto) supera la cantidad normal que es de un litro. Esto sucede en caso de un embarazo gemelar o de trastornos especiales, como la diabetes gravídica, que provocan un aumento de peso del saco amniótico. Entonces el útero se ve obligado a soportar una presión mayor, por lo que se tiende a dilatarse y contraerse. Es posible descubrirlo a través de un ultrasonido y también durante el transcurso de una exploración ginecológica habitual.

### **2.2.3. Cuadro clínico presentado por un prematuro**

Es de suma importancia soslayar antes de abordar al punto en cuestión lo que la medicina puede conseguir hoy en día, cada vez sobreviven más bebés prematuros y, por consiguiente, con menos peso. Hace unos años se creía que el límite absoluto de supervivencia era la semana vigésimo séptima; pero en la actualidad han podido salir adelante niños que han nacido tras vigésimo tercera semana de gestación y que apenas pesan medio kilo.

Pese a estos éxitos, el gran reto para los obstetras de todo el mundo consiste en evitar que los partos se produzcan semanas o incluso meses antes de la fecha prevista. Las estadísticas hablan de que el 75 % de los bebés prematuros todavía muere después de nacer, y muchos de los prematuros que logran sobrevivir sufren secuelas debido a su corta gestación debido a que se desarrollan más despacio que los niños nacidos a término o presentan algún tipo de minusvalía.

Por lo anterior, hago hincapié para hacer notar los logros obtenidos por los médicos por sacar adelante a niños tan sumamente inmaduros, pero por otro lado es frustrante lo poco que se puede hacer para conseguir que el feto permanezca dentro del vientre materno hasta agotar el plazo de los nueve meses. Lo anterior no se debe a falta de intentos, pero los métodos intentados han sido insatisfactorios.

Así desde hace más de veinte años el porcentaje de los bebés prematuros no ha variado: entre el seis y el diez por ciento viene al mundo antes de la trigésima séptima semana de gestación.

En ciertas regiones francesas consiguieron reducir el porcentaje de prematuros del 7.5 al 3.8 por ciento, esto es, casi la mitad. La clave del éxito se basó en una serie de medidas inspiradas en estudios que el obstetra Emile Papiernik inició desde hace más de veinticinco años. Se pusieron en práctica por primera vez en Haguenau, una ciudad en el norte de Alsacia.

Allí los médicos dedicaron mucho tiempo a platicar con las mujeres sobre temas como los miedos y las preocupaciones relacionadas con la gestación, y las ayudaron a elaborar y superar situaciones de estrés psíquico; a las embarazadas no se les permitía hacer trabajos que requerían grandes esfuerzos físicos. Gracias a la ayuda financiera del Estado francés, fue posible liberar a las madres gestantes del trabajo en general.

Al cabo de un año en Haguenau ya sólo un cuatro por ciento de los bebés vino al mundo de forma prematura. En los años siguientes esta cifra de partos prematuros entre las semanas vigésimo octava y trigésimo segunda bajó un tercio; es decir, del 1.39 al 0.4 por ciento.

Después de estos primeros éxitos, el profesor Papiemik desarrolló su particular concepto de la atención médica que deben recibir las embarazadas, el cual se implanta en otras regiones, este método se basa en tres pilares, a saber:

- Proporcionar a las mujeres embarazadas amplia información sobre el proceso de embarazo.
- Hacerles cambiar de estilo de vida, sobre todo evitar el alcohol, tabaco y otras drogas.
- Aconsejarles cuidarse físicamente, no realizar grandes esfuerzos en combinación con una dieta balanceada.

Asimismo ginecólogos alemanes, como el Profesor Karl-Heinrich Wulf, de la Universidad de Wurzburg, también han observado ciertos datos interesantes: Las mujeres que no acuden con regularidad a los reconocimientos preventivos durante el embarazo son más propensas a tener un parto prematuro. Este ginecólogo ha visto que entre las futuras madres que cumplen con los reconocimientos sólo el 3.3 por ciento da a luz antes de tiempo, es decir, si la madre embarazada acude al ginecólogo con mayor frecuencia de la establecida, la cifra anterior puede bajar hasta un 1.8 por ciento, en cambio las estadísticas de partos prematuros se disparan hasta el 15 por ciento entre las madres embarazadas que por la razón que sea, no pasan todos los reconocimientos establecidos.

Por lo anterior considero que se le debe dar la importancia al cambio de estilo de vida, y por supuesto tomar conciencia tanto mujeres como hombres acerca de lo crucial que resulta nuestra salud desde la etapa de la adolescencia, empezando con talleres informativos en las escuelas, porque es en estos recintos donde se encuentran los futuros padres de familia de todos los niveles sociales. Dejando en claro que en este tipo de talleres los resultados sólo se pueden observar a largo plazo, para que cuando la mujer llegue al embarazo pueda disfrutar la etapa de gestación.

Las características que presenta un prematuro son muy particulares. El niño prematuro está adaptado a la vida en el útero, su inmadurez es obvia. Es pequeño y es flácido, el déficit de grasa subcutánea le da un aspecto a la piel de delgadez y arrugada y roja, tiene exceso de lanugo y poco o nada de vernix caseosa, su cabeza es relativamente grande, con ojos prominentes y muy distanciados, mientras que el subdesarrollo de los huesos nasales da por resultado una nariz pequeña y corta, las orejas están blandas y desprovistas de cartilago, la lengua es relativamente grande y una barbilla retraída, el tórax es menos firme, el abdomen es prominente debido al escaso tono muscular y con frecuencia se ven hernias umbilicales, los genitales son pequeños, las extremidades son delgadas y los músculos pequeños, la uñas de las manos y pies son anormalmente blandas y cortas, los reflejos normales como de succión, deglución y nauseosos faltan en los niños muy prematuros.<sup>24</sup>

### **Características de los prematuros de acuerdo a las semanas de gestación**

- ❖ Entre las semanas 23<sup>a</sup> y 24<sup>a</sup>: Los recién nacidos miden aproximadamente unos 30 centímetros, pesan 500 gramos o menos y sus pulmones no están maduros para respirar por sí mismos, menos del 20 por ciento de estos niños consiguen sobrevivir.
  
- ❖ Entre las semanas 25<sup>a</sup> y 29<sup>a</sup>: a medida que se acercan a la semana 29<sup>a</sup> las posibilidades de salir adelante se acercan al 90 por ciento. En los más pequeños el riesgo de complicaciones graves, como hemorragias cerebrales, y de secuelas permanentes es muy elevado. Conforme se avanza hacia la semana 28<sup>a</sup> suelen medir aproximadamente 36 centímetros y pesar un kilogramo.

---

<sup>24</sup> MARLOW, George. Enfermería Pediátrica. Buenos Aires. Ed. Interamericana. 1985. p. 171.

- ❖ Entre las semanas 30<sup>a</sup> y 32<sup>a</sup>: Algunos recién nacidos son capaces de respirar por sí mismos y pueden succionar, pesan alrededor de 1,500 gramos y miden unos 40 centímetros; pero sus órganos y sistemas están demasiado inmaduros.
  
- ❖ Entre las semanas 33<sup>a</sup> y 37<sup>a</sup>: A partir de la semana 34<sup>a</sup> pueden pesar dos kilos y medir alrededor de 45 centímetros. En la semana 38<sup>a</sup> ya no se consideran prematuros, la mayoría están sanos y se van a casa a la vez que la madre.

#### **2.2.4. Crecimiento Físico y Desarrollo Mental de un Prematuro**

Históricamente en la medicina ha existido fascinación por el “recién nacido pequeño”, aunque las dificultades de para evaluar el comportamiento de éstos, se deben a que muy pocos niños pequeños sobrevivían antes de la década de los sesenta.

A medida que aumenta constantemente el conocimiento del prematuro, el cuidado y la nutrición del mismo, se ha llegado a la conclusión en que el tiempo requerido para que el niño prematuro recupere su peso al nacer es más largo que el nacido a término.<sup>25</sup>

De acuerdo con las investigaciones realizadas en la década de los cincuenta, en Escocia, que incluía únicamente niños con peso al nacer de 1,400gr. ó menos, revelo que un elevado tanto por ciento de tales niños estaba muy por debajo del promedio de peso y estatura durante los primeros diez años de su vida. Es

---

<sup>25</sup> BEHRMAN, John. Enfermedades del Feto y del Recién Nacido. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1985. p. 408-427.

importante destacar que estas investigaciones se refieren a sujetos nacidos prematuramente y educados hace ya bastante tiempo.

Estudios recientes practicados en Escocia y Estados Unidos, indican que el crecimiento en estatura y en peso se acerca constantemente al estándar normal durante los dos primeros años de su vida, soslayando que los incrementos de estatura y peso son substancialmente mayor cuando la eficacia materna es muy buena.

El Doctor estadounidense Dunham afirma que más importante, como criterio de la precocidad, que cualquier circunferencia ya sea la cefálica o la torácica, es la relación entre ambas. En los nacidos a término la circunferencia torácica media oscila entre el 93 y aproximadamente el 100 % del promedio de la circunferencia cefálica; en los niños prematuros, este tanto por ciento es mucho más bajo, siendo de 83-85 % en los niños más pequeños y llegando hasta el 91 % en los que llegan a pesar hasta 2,500gr. Seis meses después del parto, esta discrepancia ha desaparecido, en su mayor parte, en los prematuros que están progresando satisfactoriamente.

En conclusión, la medicina acepta que los conocimientos sobre el crecimiento físico de los prematuros son incompletos y necesitan ser ampliados, estudiarse más a fondo los efectos de la nutrición y el ambiente, sin embargo, se puede aplicar una regla general: El pronóstico final de que alcance las medidas físicas normales no es empeorado por el nacimiento prematuro, pero antes de alcanzar dicha meta, debe transcurrir un período mínimo de dos años para las niñas y de tres años para los del sexo masculino.

### **Desarrollo Mental**

Se han emprendido numerosos estudios para determinar el efecto de la prematurez, o de manera más exacta, del escaso peso al nacer, sobre el desarrollo mental futuro.

Las primeras descripciones de movimientos espontáneos y respuestas reflejas en recién nacidos viables fueron efectuadas por los Doctores Humphrey y Hooker en 1930, quienes filmaron un aborto fetal colocado en solución fisiológica después del nacimiento y comprobaron la existencia de un sistema nervioso central que funciona a las siete semanas de gestación.

En los años cincuenta, el Doctor Knobloch y sus colaboradores fueron de los primeros en adoptar un punto de vista pesimista sobre el resultado final de los prematuros, trabajaron con niños prematuros con un peso al nacer de menos de 1,500gr, el 26 por ciento mostró signos claros de trastornos neurológicos graves.

A este respecto, desde hace tiempo, la medicina tiene conocimiento que la hemorragia intracraneal y otras lesiones neurológicas son más comunes en los prematuros, que en los niños nacidos a término, la fragilidad de los capilares, el menor nivel de protrombina, la sujeción de los delicados tejidos a las presiones del trabajo de parto y una mayor incidencia en anoxia y de kernicterus, se consideran como factores contribuyentes.

En este orden de ideas, cuanto más pequeño es el prematuro, cuanto mayor es el peligro para la integridad de su sistema nervioso central, asimismo algunos investigadores han encontrado una incidencia mayor de "tic nervioso" y de trastornos de conducta en niños nacidos prematuramente, la medicina ha sugerido que estos rasgos pueden estar relacionados por un lado con la larga separación de la madre y del niño prematuro; por otro lado con el estado de aprehensión producido en los padres cuando el niño se integra al núcleo familiar, de la cual deriva un exceso de protección.

## **Desarrollo Sensorio motor del recién nacido prematuro**

Como los avances técnicos y las mejoras en la asistencia perinatal han extendido el periodo de viabilidad potencial hasta algunas semanas antes del límite previamente definido de veintiocho semanas de gestación, esto ha facilitado que se puedan revisar los comportamientos fetales y de pretérmino. La edad gestacional se define como el periodo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual de la madre hasta el nacimiento, la edad postnatal es la edad alcanzada después del nacimiento y la edad posmenstrual es la suma de las edades gestacional y posnatal.

a) El desarrollo de los estados de sueño. El sueño es definido como el periodo en que el recién nacido prematuro tiene los ojos cerrados sin llanto ni actividad corporal importante; entre la semana veintiocho y treinta de gestación aparecen breves periodos de quietud sin movimientos corporales, hacia las treinta y dos semanas el 53% del tiempo del sueño se acompaña de inmovilidad, la que aumenta hasta el 60% hacia el término.

La casi completa ausencia de los movimientos oculares rápidos (MOR), hacia las veinticuatro a veintisiete semanas es seguida de movimientos oculares aislados infrecuentes, hacia las veintiocho a treinta semanas los movimientos aumentan para luego disminuir nuevamente hacia el término.

b) El desarrollo de la vigilia. El estado de vigilia se define como el conjunto de variables fisiológicas y de conductas reconocibles que se repiten a sí mismas, es decir son los periodos breves en los que el niño prematuro mantiene los ojos abiertos, los niños prematuros demuestran somnolencia mientras que la vigilia tranquila aumenta con la edad, observándose movimientos oculares incoordinados y circulares y actividad bucal.

Por lo que es importante destacar que tanto el estado de sueño como el de vigilia alcanzan un nivel de madurez cercano al del recién nacido de término los niños prematuros aproximadamente a las treinta y seis o treinta y siete semanas de gestación.

c) Efectos modificadores de los estados del recién nacido pretérmino Existe escasa información acerca de los efectos de los estímulos externos e internos sobre el desarrollo de los estados en el niño prematuro, a pesar de esto se sabe que:

- Los recién nacidos pretérmino presentan más sueño tranquilo cuando se encuentran en un ambiente término neutro que en un ambiente frío.
- Los recién nacidos con más de veinte semanas de edad posmenstrual tienen más períodos de vigilia cuando son tocados por sus padres.
- Los recién nacidos pretérmino colocados en decúbito ventral tienen más sueño tranquilo, menos sueño activo y mayores niveles de  $Po_2$  que los recién nacidos en posición supina.
- La estimulación cinestésica y auditiva proporcionada por las incubadoras mecedoras y los registros del latido cardíaco inducen sueño tranquilo y disminuyen el sueño activo y la vigilia.
- El estrés asociado con dificultad respiratoria severa ocasiona menos sueño tranquilo y más sueño activo en niños prematuros con síndrome de dificultad respiratoria (SDR), después de la recuperación desaparecen estas diferencias.
- Las condiciones dolorosas como la enterocolitis necrotizante pueden ocasionar períodos de ojos abiertos similares a un estado de vigilia con la mirada fija.

Los efectos anteriores deben ser tomados en cuenta en primer por el neonatólogo cuando se le brinda asistencia clínica a recién nacidos prematuros y en segundo lugar por los familiares cuando éste se integre al núcleo familiar.

### **Expresión Facial y Conductas Sociales**

Aunque el recién nacido pretérmino carece de muchas señales sociales y de expresiones de emoción necesarias para desencadenar tempranamente el establecimiento del vínculo y los cuidados, las conductas pretérmino sugestivas de expresión social que pueden potencialmente desencadenar respuestas sociales, a saber:

1. - Llanto y otras vocalizaciones. Los partos producidos de veintitrés a veinticuatro semanas de gestación pueden llorar al nacer y los recién nacidos de veintiséis semanas de gestación responden a los estímulos dolorosos con llanto. El llanto espontáneo es muy raro antes de las treinta o treinta y dos semanas de gestación y es a partir de este momento cuando el niño puede demostrar su hambre llorando antes del tiempo de la alimentación. También se producen otras vocalizaciones como gruñidos y gritos, en ciertas ocasiones el gruñido implica inquietud y puede suplantar el llanto en los recién nacidos de treinta y dos a treinta y seis semanas de edad gestacional.

2. - Sonrisa. Durante la lactancia se observan dos tipos de sonrisas: endógena o espontánea, que esta presente desde el nacimiento, y sonrisa exógena o provocada, que se produce en respuesta a estímulos externos tres o cuatro semanas después del nacimiento de término. El Doctor Emde estudió la ontogenia de la sonrisa en recién nacidos pretérmino, este autor observó conductas faciales durante los periodos de MOR, el resultado sonrieron treinta y cuatro sonrisas por cien minutos de sueño, esta incidencia de sonrisas disminuye con la madurez.

3. - **Succión.** El reflejo de succión es una de las primeras conductas coordinadas en la vida fetal humana y es uno de los medios más importantes de interacción entre el niño y su cuidador, y por supuesto es fundamental para la supervivencia biológica; fisiológicamente el proceso de succión implica una integración complicada de respuestas orales, respiratorias y de deglución, mientras que psicológicamente la succión es un reflejo gratificante y tiende a tranquilizar al niño. Actualmente se conoce que la contracción de los labios aparece a las veintidós semanas de gestación y la succión a las veinticuatro semanas y en ocasiones los cambios posturales fetales ponen en contacto la mano con la boca y puede producirse el reflejo de succión del dedo, asimismo la deglución de líquido amniótico es fundamental para el desarrollo feto placentario normal.

Como ya se ha indicado los componentes de la succión y la deglución se encuentran presentes antes de las veintiocho semanas de edad gestacional no se encuentran coordinados para la alimentación por pezón antes de las treinta y dos ó treinta y cuatro semanas de gestación y aún inclusive en este momento pueden estar inmaduros.

El Doctor Crump evaluó la capacidad de succión de los recién nacidos prematuros midiendo el índice de succión, es decir el volumen en milímetros (ml) de líquido ingerido por segundo, los recién nacidos de término tienen un índice de succión de 0.6 ml. Por segundo durante los tres primeros días de vida, mientras que los recién nacidos prematuros con un peso de dos kilogramos succionan 0.24 ml. Por segundo, se observa un aumento de índice de succión con el aumento de peso y la edad posnatal.

4. - **Atención Visual.** Es limitado el conocimiento de la maduración anatómica y fisiológica normal del sistema visual fetal, también se desconoce la correlación entre el desarrollo neurológico y el comportamiento visual observable, anatómicamente todas las capas de la retina están presentes desde las veintidós semanas de gestación, se pueden distinguir conos y bastones inmaduros a las

veintitrés semanas, la mielinización del nervio óptico comienza a las veinticuatro semanas, y todas las neuronas de la corteza visual se encuentran presentes desde las veinticinco o veintiséis semanas de edad gestacional, entre las veintiocho y treinta y cuatro semanas existe una fase de diferenciación dendrítica rápida y sinaptogénesis, con alteración del tamaño celular de las neuronas corticales, de la longitud de los axones y aumento de la ramificación dendrítica y de las sinapsis. Fisiológicamente se ha demostrado que los potenciales evocados visuales pueden transmitir impulsos desde la córnea hacia la corteza visual a partir de las veintiséis semanas de gestación, inicialmente estos impulsos son muy inmaduros con largos periodos de latencia que disminuyen de manera progresiva con la edad.

Aunque el recién nacido pretérmino posee una respuesta pupilar a la luz y puede reaccionar parpadeando a las veintinueve semanas de edad gestacional, aparentemente no existe atención visual en estado de vigilia antes de las treinta o treinta y dos semanas de gestación.

El Doctor Dubowitz, estudió el seguimiento visual y los patrones y la preferencia por modelos en recién nacidos pretérmino, y observó que antes de las treinta semanas de gestación solo uno de los diez niños estudiados pudo fijar la atención sobre una pelota roja en movimiento; entre las treinta y treinta y dos semanas, veinte de veinticinco niños pudieron fijar la mirada o siguieron el objeto, y después de las treinta y dos semanas once de doce niños manifestaron esta capacidad.

La única información de agudeza visual en donde los recién nacidos pretérmino (edad posmenstrual promedio de treinta y cinco semanas) podían discriminar una distancia de 0.6 cm. A diferencia de los 19 centímetros de distancia focal de los recién nacidos de término.

Pero también es importante hacer mención de la fibroplasia retrolental, padecimiento descubierto hace treinta años y es tipo en lactantes con un peso

inferior a 1,500 gr y de una edad gestacional de seis a siete meses, este padecimiento es la causa principal de ceguera neonatal, afecta a los dos ojos y puede causar ceguera total o casi total, los efectos no pueden ser patentes de inmediato, pero pueden ser descubiertos por el médico cuando el lactante tiene varias semanas o meses de edad.

5. - Atención auditiva. Los potenciales evocados corticales y de la base del cráneo han demostrado que el sistema auditivo es funcional desde las veintiséis semanas de gestación, se pueden obtener respuestas auditivas inconstantes desde las veintiocho semanas de gestación y respuestas más constantes a partir de las treinta y dos o treinta y cuatro semanas de gestación, no existen evidencias de que el medio ruidoso de la sala de cuidados intensivos ejerza un efecto medible sobre la ontogenia de la percepción auditiva.

6. - Conducta Motora. Ésta se encarga de revisar el desarrollo de la postura en reposo, del tono muscular activo y pasivo y de los movimientos espontáneos, a saber:

- a. Tono Muscular.- El Doctor Andre Thomas y Saint-Anne Dargassies fueron los primeros en describir un aumento gradual del tono muscular activo y pasivo desde las veintiocho hasta las cuarenta semanas de gestación. El tono muscular aparece primero en los miembros inferiores y luego progresa en dirección caudocefálica, el tono flexor aparece antes que el tono extensor. A las veintiocho semanas el tono muscular es esencialmente flácido (hipotónico); entre las treinta y dos y treinta y cuatro semanas se observa una mejoría del tono de las extremidades inferiores; entre las treinta y seis y treinta y ocho semanas, en las extremidades superiores. El tono activo se observa inicialmente como la capacidad para sostener las piernas y posteriormente para sostener el cuerpo con enderezamiento del tronco; finalmente se produce el enderezamiento de la cabeza.

- b. Postura.- El recién nacido de veintiocho semanas de gestación yace con los brazos y las piernas extendidas y luego gradualmente asume una posición de flexión predominante a medida que aumenta el tono muscular; El neonatólogo Prechtl estudió catorce recién nacidos sanos de bajo riesgo, de veintiocho a treinta y seis semanas de gestación, registrando cada minuto durante un período de dos horas la postura de la cabeza, brazos y piernas y movimientos clónicos, los resultados no pudieron demostrar la existencia de cambios en estos movimientos relacionados con la edad antes de las treinta y cinco semanas, aunque existen diferencias intra individuales. Desde las treinta y seis semanas de gestación los movimientos tienden a ser más coordinados con menos temblores, como movimientos clónicos y estiramientos, hacia el término, el recién nacido puede efectuar movimientos complejos como movimiento de la cabeza en respuesta a una fuente luminosa y coordinación mano-boca.

### **Factores que afectan la conducta motora**

La conducta motora neonatal está controlada principalmente por la médula espinal, aunque los centros cerebrales superiores y especialmente el estado del niño son factores que influyen directamente sobre ésta.

Los factores que afectan la conducta motora ya sean de manera indirecta o directa a través de los cambios de estado, incluyen temperatura ambiente, trastornos electrolíticos (glucosa, sodio, magnesio) y alteraciones diversas como ictericia, dificultad respiratoria e infección. Es importante hacer mención que el recién nacido pretérmino tiende a la hipotonía y a manifestar menos movimientos cuando está enfermo, asimismo los recién nacidos pequeños para la edad gestacional también tienden a ser relativamente hipotónicos, con menor actividad espontánea para su edad.

En general, las diferencias con respecto a la postura y la conducta motora entre recién nacidos pretérmino, que han alcanzado el término fuera del útero, y los recién nacidos de término son mínimas, sin embargo, existen diferencias sutiles que permiten establecer una distinción entre ambos grupos; el recién nacido pretérmino no estuvo obligado a la posición flexionada in útero, es menos hipertónico y manifiesta movimientos pasivos de los miembros con mayor facilidad y movimientos espontáneos más activos y variados.

La mejoría de los índices de sobrevivencia y la mayor accesibilidad a las unidades de cuidados intensivos neonatales, han ocasionado un aumento del interés y de la investigación sobre el desarrollo del comportamiento del recién nacido prematuro. Como se pudo apreciar aún existen muy pocos estudios sobre las interrelaciones entre las diversas capacidades sensoriales, y se ha prestado escasa atención a la visión del recién nacido pretérmino como parte de un sistema de interacción entre el niño, su asistente y el medio de la sala de cuidados intensivos, más sin embargo está plenamente demostrado que los recién nacidos prematuros en la sala de cuidados intensivos descansan sólo en raras ocasiones, ya que están sujetos a múltiples procedimientos médicos asistenciales y están expuestos a estímulos luminosos y auditivos continuos. Por lo tanto resulta sorprendente que, a pesar del medio antinatural y perturbador de la sala de cuidados intensivos neonatal, el recién nacido pretérmino que alcanza el término en dicho ambiente sólo manifiesta diferencias mínimas de conducta en comparación con el recién nacido de término, lo anterior podría ser ocasionado en parte, por la relativa ausencia de respuestas del recién nacido pretérmino que lo protege de los estímulos excesivos del mundo externo.

### 2.2.5. Desventajas Fisiológicas del prematuro

Debido a lo descrito en líneas anteriores el cuidado de un prematuro, en cuanto a lo diferente que puede ser el cuidado de un niño normal, se basa en los impedimentos fisiológicos de la inmadurez como son:<sup>26</sup>

1. **Regulación deficiente de la temperatura corporal.** Como ya se menciono el prematuro carece del aislamiento de la capa grasosa subcutánea que se desarrolla en el último mes de la gestación, la superficie de su piel es grande en proporción a su peso, su sistema nervioso esta desarrollado de manera deficiente y el centro regulador de calor en el cerebro es inmaduro; el prematuro es inactivo ya que su desarrollo muscular es insuficiente, la intensidad metabólica es baja, por lo tanto, si el medio ambiente esta muy caliente se sobrecalienta siendo perjudicial para éste, ya que su mecanismo sudoríparo esta subdesarrollado. Por lo tanto al cuidar un prematuro, el peligro de que tenga frío siempre debe tenerse presente, la temperatura que se debe tener en la incubadora no debe exceder de 32.2 grados centígrados, pudiendo aumentarse o disminuirse si el niño necesita más o menos calor. El objetivo de aplicar calor externo es mantener la temperatura del lactante dentro de los límites normales, siendo necesario estimar la temperatura corporal para poder determinar la cantidad de calor externo que necesita, por lo tanto se le tendrá que tomar la temperatura cada en cada toma de alimento (se maneja cada tres horas), la toma de la temperatura se realiza por vía rectal.
2. **Dificultad para respirar.** En el prematuro las respiraciones son difíciles e irregulares. Debido a que sus pulmones están inmaduros, existe un desarrollo incompleto de los alvéolos y debilidad de la caja torácica y de los músculos respiratorios, el intercambio gaseoso se retrasa por la membrana alveolar inmadura, si se aloja moco en la garganta o si unas gotas de alimento entran en la traquea los reflejos de tos y nauseas son demasiado

---

<sup>26</sup> MARLOW, George. Enfermería Pediátrica. Buenos Aires. Ed. Interamericana. 1985. p. 171-176

débiles para despejar la vía aérea, esto debido a una deficiencia de algunos fermentos, tales como la anhidrasa carbónica.

3. **Cianosis.** La tendencia del prematuro a la cianosis demuestra la oxigenación inadecuada de su sangra arterial. Esto puede deberse a presión intracraneal aumentada por el traumatismo del nacimiento, obstrucción del aparato respiratorio, como ya se menciono el desarrollo deficiente de los músculos respiratorios o alguna interferencia en la expansión normal de los pulmones así como la distensión abdominal puede interferir en la acción del diafragma.
4. **Apnea.** La apnea es un estado de respiración suspendida, puede ser el resultado de un exceso de analgésico o anestésicos que se le dieron a la madre durante el parto, la atención experta durante el parto disminuye el peligro del traumatismo en el nacimiento, con la cianosis resultante. La inmadurez general del sistema nervioso y del aparato respiratorio es causa de apnea inherente a la condición del prematuro y que no puede ser controlada por el obstetra, aunque los métodos modernos de reanimación mantienen la vida de muchos estos niños, que antes hubieran muerto al nacer.
5. **Incapacidad para tolerar infecciones adecuadamente.** El prematuro es muy susceptible a infecciones y su capacidad para tolerar cualquier tipo de infección es baja, ya que ha desarrollado de manera deficiente síntesis de globulina, formación de anticuerpos y defensa celular; no reacciona a la infección con fiebre ni con aumento de glóbulos blancos, carece de las sustancias inmunológicas de la madre, que son transmitidas al feto durante los últimos meses de la gestación. Es importante mencionar que el prematuro tiene más vías de acceso a infecciones que el lactante normal, su piel y las mucosas no lo protegen.
6. **Tendencia a la hemorragia y a la anemia.** Los vasos sanguíneos del prematuro no están desarrollados completamente y por eso son más frágiles, el tejido de sostén carece de la elasticidad normal y el plasma es hipoprotrombinémico, carece del abastecimiento normal de vitamina k. La

anemia es resultado de hemorragia, el prematuro sufre más la pérdida de sangre debida a que no tiene hierro y otro de los factores hematógenos esenciales que el feto recibe durante los últimos meses de gestación. Su crecimiento corporal es rápido y por eso requiere un abastecimiento sanguíneo más abundante aunando a que tiene una proporción aumentada de hemoglobina fetal, y aún una ligera pérdida de sangre.

7. **Tendencia a desarrollar raquitismo.** El prematuro carece de calcio, fósforo y vitamina D que esta almacenado en el cuerpo de un niño a término, más su rápido ritmo de crecimiento en potencia requiere un abastecimiento importante de estos minerales y la vitamina antes mencionada, pero tampoco es capaz para absorber las vitaminas liposolubles que se les dan en los alimentos, por tales razones el prematuro está más predispuesto a adquirir el raquitismo.
8. **Trastorno de la función renal.** El desarrollo incompleto de los riñones del prematuro dificulta la concentración de orina y se pierde proporcionalmente gran cantidad de líquido debido a que el equilibrio de ácido básico y el de electrolitos es inestable.
9. **Aparato digestivo.** El prematuro que progresa satisfactoriamente, crece con mayor rapidez que el nacido a término, para ello, se requiere ingerir, absorber y utilizar grandes cantidades de alimento. La mayor demanda debe ser satisfecha a pesar de la función gastrointestinal menos eficaz, con frecuencia la succión es débil y los reflejos de deglución pueden agotarse con facilidad y rapidez, por lo que la secreción de algunos fermentos digestivos y del ácido clorhídrico es baja; hay absorción deficiente de grasas y vitaminas liposolubles, sin embargo de entre los diversos alimentos, el niño prematuro parece intolerante sólo frente a grandes cantidades de grasa, que son adecuadamente emulsionadas, pero en gran parte, excretadas de esta forma en las heces. Por otra parte los vómitos y las diarreas son complicaciones que pueden surgir por causas parenterales.
10. **Inmadurez hepática.** Los signos de la inmadurez del hígado son: 1) ictericia por hiperbilirrubinemia causadas por la incapacidad de este órgano

para excretar adecuadamente el pigmento liberado por la destrucción de los eritrocitos; 2) hipoglucemia, que en parte es debida al agotamiento rápido de las reservas limitadas de glucógeno y 3) hipoproteinemia, que lleva a edema y susceptibilidad a las infecciones.

### **Cuidados y tratamiento del prematuro**

Los recién nacidos de peso extremadamente bajo al nacer inferior a 1,000 gr. Constituyen una subclase especial de la población de neonatos de peso muy bajo al nacer, por lo que deben de nacer en un centro equipado con una unidad de cuidados intensivos neonatales de tercer nivel.<sup>27</sup>

En este mismo orden de ideas el neonatólogo debe de tener en cuenta al momento del nacimiento:

- **Supervivencia.** Para la mayoría de los padres, el nacimiento de un prematuro constituye un episodio aterrador y su mayor preocupación gira en torno a la supervivencia. Los datos de supervivencia se basan en el peso exacto al nacer y a partir de la experiencia de la neonatología se han recabado los siguientes datos: 600grs. a un producto de 24 semanas de gestación; 750grs. a un producto de 25 semanas de gestación; 850grs. a un producto de 26 semanas de gestación; 1000g. a un producto de 27 semanas de edad gestacional. Estudios recientes han constatado que el porcentaje de supervivencia para los neonatos de edad gestacional inferior a 23 semanas era de 0%, y que los porcentajes a las 23, 24 y 25 semanas eran de 15,55 y 79 % respectivamente. Cuando el neonato es demasiado inmaduro para sobrevivir, la mayoría fallece hacia las 18 horas de vida e incluso a las dos o tres horas después de nacido.

---

<sup>27</sup> JASSO, Luis. Neonatología Práctica. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1985. p. 313 y 314.

- **Morbilidad.** Es necesario informar a los padres lo más amplia y detalladamente sobre el pronóstico, explicándoles el riesgo del Síndrome de Dificultad Respiratoria y la posible necesidad de soporte ventilatorio, todos los prematuros de 24 semanas de edad gestacional requieren algún tipo de soporte ventilatorio; a las 25-26 semanas es necesario aún en el 80-90%, y a las 27-28 semanas sólo se requiere al 50-60% de los prematuros.
- **Morbilidad potencial.** Se debe hacer mención a los padres de los problemas que afectan a muchos niños con peso extremadamente bajo al nacer, como apnea, infección, hemorragia periintraventricular, sepsis nosocomial, así como minusvalías sensoriales a largo plazo incluyendo la retinopatía de la prematuridad. Y los subsecuentes déficit visuales y auditivos.

La atención inmediata después del parto, el pediatra o neonatólogo debe ser cuidadoso en:<sup>28</sup>

- A) Aportar calor y secar al neonato. El prematuro es muy propenso a enfriarse rápidamente, es necesario colocarlo bajo una fuente térmica precalentada y secarlo de inmediato. Las investigaciones han demostrado que los prematuros sobreviven mejor cuando se reduce la pérdida de temperatura corporal.
- B) Soporte respiratorio. Es necesario sostener que la mayoría de neonatos de peso extremadamente bajo requieren soporte ventilatorio a causa de su inmadurez pulmonar y a la escasa fuerza de sus músculos respiratorios, procediendo generalmente a la intubación endotraqueal y a la ventilación mecánica.
- C) Asistencia después de la reanimación. El oxígeno debe estar a la mano para el caso de que las respiraciones no se establezcan en los primeros segundos de vida, asimismo la atención cuidadosa hacia los detalles y monitorización frecuente son los componentes básicos de la asistencia a

---

<sup>28</sup> CLOHERTY, John. Manual de Cuidados Neonatales. Buenos Aires, Ed. Masson, 1999. p.79-83.

los prematuros, dado que pueden producirse cambios críticos con mucha rapidez, en especial tener atención en el cuidado sistemático del prematuro en las siguientes cuestiones:

1. Supervivencia. Las primeras veinticuatro horas son las más críticas para la supervivencia, valorando de modo continuo al prematuro que requiere soporte de tipo respiratorio, cardiovascular y/o hídrico, y estimar sus probabilidades de supervivencia.
2. Soporte respiratorio. Como ya se menciona en líneas anteriores la mayoría de los prematuros requieren este tipo de soporte que puede ser a través de un tratamiento con surfactante intratraqueal, una ventilación convencional y por último una ventilación oscilatoria de alta frecuencia.
3. Líquidos y electrolitos. Los requerimientos hídricos aumentan cuando la edad gestacional es inferior a 28 semanas, ello se debe al aumento entre la superficie corporal y el peso, así como a la inmadurez de la piel. El ritmo de administración de líquidos y electrolitos ha de ajustarse de acuerdo a las diferentes edades gestacionales para evitar una deshidratación o la hipernatremia, ya que al segundo día de vida, muchos prematuros presentan una acusada diuresis y natruresis.
4. Cuidados de la piel. La inmadurez de la piel, con la consiguiente susceptibilidad ante las lesiones, obliga a prestar una atención al mantenimiento de su integridad.
5. Soporte cardiovascular. Aproximadamente la presión arterial de un prematuro de 24-26 semanas de gestación es de 24-48 mm Hg, sólo si la perfusión es correcta y la frecuencia cardíaca se mantiene estable, de lo contrario puede estar presente una hipotensión. Asimismo en los con un peso inferior de 1000gr. , tienen mayor incidencia de presentar un cuadro clínico por persistencia del conducto arterioso (PCA) aunado que a los prematuros de muy bajo

- peso presentan mayor dificultad de auscultar el soplo y es posible que los signos sean menos específicos.
6. Transfusión sanguínea. A menudo son muy necesarias en los prematuros muy inmaduros debido a las pérdidas considerables que ocasionan las extracciones.
  7. Apoyo nutricional. El plan inicial consiste en la nutrición parenteral a los 2 ó 3 días de vida cuando la cifra esférica de electrólitos se mantiene estable, los prematuros clínicamente estables pueden iniciar la alimentación en esos momentos. Durante la segunda semana de vida se les va aumentando a los prematuros los volúmenes de las tomas hasta administrar las calorías suficientes para el crecimiento. Lo anterior debe estar bajo vigilancia médica ya que en ocasiones se presentan signos de intolerancia alimenticia, como distensión abdominal, vómitos y aumento de los residuos gástricos. Aunque en ocasiones la intolerancia puede indicar que existe un proceso gastrointestinal más grave como la enterocolitis necrosante, debido a que los prematuros presentan una escasa motilidad gastrointestinal. Al menos dos terceras partes de ellos presentan episodios de intolerancia alimenticia que obliga a suspender la administración de alimento. Es recomendable iniciar la alimentación en todos los prematuros con extremadamente bajo peso con tomas tróficas de 10ml/kg/día de leche materna o bien fórmula láctea a mitad de concentración o entera, a razón de 20 cal / onza. El problema de la nutrición del prematuro se complica por su dificultad de succionar y deglutir, ya que con frecuencia estos reflejos faltan y no responde con sus labios a la estimulación de un pezón o de un gotero medicinal; el alimento que se coloca en su boca se le sale o lo ahoga, por lo que hago hincapié que la acidez gástrica del prematuro es baja y la capacidad para absorber las grasas no es igual al de un neonato a término, debido a que su sistema enzimático digestivo está poco desarrollado, y no podrá responder de manera

satisfactoria a cualquier tipo de alimentación, aún a la leche materna, por lo cual los prematuros deben ser alimentados con mucho cuidado, en el pasado rara vez se les daba alimento por la boca a los prematuros durante las primeras veinticuatro horas de vida, ya que se estima que su inactividad, su bajo índice de producción de calor si se conservaba su temperatura corporal, y su edema al nacer, reducían su necesidad de electrolitos, calorías y agua; Hoy en día se ha descubierto que una alimentación temprana de solución glucosada o salina tiende a reducir la aparición de hiperbilirrubinemia e hipoglucemia. Los prematuros tienen la necesidad de una ingestión aumentada de vitamina C para poder metabolizar en forma adecuada la fenilalanina y tiroxina, de vitamina D por la pérdida de vitaminas liposolubles y calcio por las heces, y hierro para prevenir anemia por deficiencia del metal.

Ahora bien, no existe un estándar fijo para su alimentación; se debe adaptar a sus necesidades individuales, si es posible, se le debe dar leche materna, aunque haya que diluirla en agua, si es así la madre se exprimirá su leche manualmente y se depositara en los bancos de leche humana, y posteriormente se le dará al lactante. De esta forma, se conserva el abastecimiento y se le puede dar al lactante el pecho materno cuando ya sea capaz de succionar y deglutir adecuadamente.

En este orden de ideas, existe el peligro de que el lactante aspire un poco de leche, y también el hecho de que ninguna fórmula hace provecho, a menos que se tome y se retenga, es importante no forzar al lactante a tomar el alimento, le puede hacer menos daño una alimentación escasa que una abundante; el método de alimentación es muy importante, a saber:<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> BEHRMAN. John. Enfermedades del feto y del recién nacido. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1985. p. 385-389.

1. Gavage.- El lactante que no puede succionar o deglutir, o que se cansa con el esfuerzo de la alimentación, o que tiene tendencia a ponerse cianótico después de la alimentación con un biberón o gotero medicinal, deberá ser alimentado por sonda permanente, que consiste en lo siguiente:

- a) Se mide la distancia desde el puente de la nariz hasta la parte inferior del esternón y se pone una marca en la sonda, se lubrica el tubo (sonda) con agua.
- b) Se inserta el catéter a través de una ventana de la nariz hasta llegar a la marca; para comprobar la colocación de la sonda en el estómago, se coloca la punta libre en agua estéril en un vaso medicinal, si surgen muchas burbujas y luego cesan, se sabrá que se encuentra en el estómago, de esta manera el lactante se ve libre de aire que lo puede inducir al vómito durante o después del alimento. De antemano, el alimentar a un prematuro por medio de gavage, es relativamente difícil por la introducción de la sonda en la tráquea.
- c) Cuando se tiene la seguridad que la sonda se encuentra en el estómago del lactante, ésta se sujeta en su mejilla, el cilindro de la jeringa se conecta a la sonda, para colocar la leche en el cilindro de la jeringa, y el alimento entre al estómago del lactante por gravedad, después del alimento se vierte una cantidad de agua esterilizada en las jeringas para quitar toda la leche y prevenir el taponamiento de la sonda, siempre y cuando lo prescriba el médico, ya que en lactantes pequeños la cantidad de agua esterilizada después de la leche puede causar una sobre distensión del estómago, provocando vómitos. La sonda se deberá cambiar, cuando menos, cada cuatro días, asimismo el uso de la sonda permanente puede causar irritación de la porción superior del aparato gastrointestinal.

2. Alimentación por gavage sin sonda permanente.- La sonda se pasa por la boca y hacia atrás de la garganta, se revisa cuidadosamente la ubicación, se mantiene la sonda en su lugar con la mano cerca de la boca del lactante, finalmente cuando se retira la sonda después del alimento, ésta se aprieta firmemente.

3. Alimentación por medio de gotero medicinal.- Este método se utiliza para prematuros pequeños que tienen buenos reflejos de deglución, pero no tiene la

fuerza suficiente para succionar la leche a través del pezón, o que no pueden deglutir con ritmo cuando succionan. El alimento se da a gotas, permitiendo al lactante deglutir antes de apretar el bulbo, pero si el lactante se cansa con este método se debe alimentar por gavage hasta que este más fuerte.

4. Alimentación por biberón. El biberón se utiliza en prematuros más maduros o en los que tienen reflejo de fuerte succión y una capacidad para deglutir, actualmente existen en el mercado chupones especiales para prematuros, sólo se debe cuidar que los agujeros en este pezón artificial no deben ser ni muy pequeños para no cansar al lactante, ni demasiado grande y no pueda deglutir la leche que llena su boca mientras succiona, y como resultado puede vomitarla o aspirarla. No se debe olvidar que los lactantes que utilizan este método de alimentación también necesitan las caricias que una madre da a su hijo mientras lo alimenta.

Todas las atenciones descritas con anterioridad, el prematuro debe ser atendido en una sala de cuidados intensivos para prematuros, cada niño debe tener su propia incubadora, es de manera esencial tener una buena atención por parte de la enfermera para resguardar al prematuro, ya que la tasa de supervivencia es más alta donde los cuidados y la atención de la enfermera son adecuados, tanto en cantidad como en calidad, dichas atenciones deben ser constantes, ya que cualquier omisión disminuye la oportunidad del lactante de sobrevivir.

La enfermera deberá tocar al niño prematuro únicamente cuando sea absolutamente necesario, sacándolo de su incubadora lo menos posible, en cada contacto la enfermera deberá hacer lo más que pueda, si el niño se mantiene estable los cuidados y la atención deberán ser proporcionados a la hora del alimento, que es cada tres horas, de esta manera lo anterior disminuye el peligro de infección, no interfiere más que lo indispensable en su descanso y tiende a mantener la concentración de oxígeno al nivel prescrito por el médico. Es importante aclarar que esta proporción de oxígeno debe ser en los niveles más

bajos posibles para aliviar al lactante, y se debe suspender tan pronto como sea posible.

En la incubadora, el lactante, es colocado en posición rana, para que sus pulmones puedan recibir el mayor volumen posible de aire, debiéndosele cambiar de posición, ésta consiste en girar la cabeza de lado izquierdo o de lado derecho, en intervalos de cada tres horas si está inactivo.

Pero a pesar de lo anterior, investigaciones recientes han demostrado, que el prematuro debe tener contacto cercano con la figura materna y una estimulación sensitiva adecuada tan pronto como sea posible, esto con la finalidad de prevenir variaciones en el desarrollo.

Ahora bien, gran parte de las alegrías y las penas de nuestra vida se desarrollan alrededor de las relaciones afectivas: creándolas, destruyéndolas, preparándonos para ellas y ajustándonos a su pérdida; la unión entre la madre, el padre y su recién nacido es una de estas relaciones especiales, por lo que la unión entre los padres y el niño es tal vez la relación más fuerte de la especie humana. Se puede definir a la unión como una relación única específica entre dos o más personas que persiste a través del tiempo.

Se ha reunido información intentando determinar los factores que desencadenan o perturban la unión de la madre a su hijo a partir de las observaciones clínicas durante procedimientos asistenciales, observaciones naturalistas de la maternidad, entrevistas de un pequeño número de madres efectuadas por psicoanalistas. Entre los sucesos más importantes para el establecimiento de una relación madre-hijo adecuada se incluyen.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Ídem. p. 306 y 307.

- a) Antes del embarazo
  - 1. Planificación del embarazo
- b) Durante el embarazo
  - 1. Confirmación del embarazo
  - 2. Aceptación del embarazo
  - 3. Movimiento fetal
  - 4. Aceptación del feto como individuo
- c) Después del nacimiento
  - 1. Nacimiento
  - 2. Mirar al niño
  - 3. Tocar al niño
  - 4. Cuidar al niño

Para los efectos del presente trabajo sólo nos avocaremos al punto C), ya que es en esta etapa durante el cual comienza a madurar la unión de los padres con su hijo, el cual recibe el nombre de período sensitivo materno. Por lo que es de suma importancia, que si el neonato requiere que se le traslade a la sala de cuidados intensivos, es vital que la madre pueda ver y tocar a su hijo, aunque el mismo tenga dificultad respiratoria y este colocado en una incubadora; por lo que el médico de cabecera debe alentar a la madre a tocar y mirar a su niño, cualquier comentario de salud y fortaleza del niño por parte del médico, será recordado y apreciado.

Cuando la madre este en condiciones de deambular fácilmente por la sala de prematuros, y realice su primera visita puede impresionarse, por lo que se le debe explicar los procedimientos efectuados, como la monitorización de la respiración y la frecuencia cardiaca, el tubo endotraqueal, la alimentación a través de varias vías de infusión y el funcionamiento de la incubadora. Es necesario enfatizar que los sentimientos de amor hacia el niño con frecuencia son despertados a través del contacto visual directo, por lo tanto si el niño se encuentra bajo fototerapia, se retira momentáneamente y se quita la venda ocular para que la madre y el niño

puedan observarse mutuamente. Se ha demostrado que si la madre visita la sala de prematuros menos de tres veces en dos semanas, se aumentan las posibilidades de desarrollar alguna alteración del papel materno; por lo tanto siempre se le describe a los padres la utilidad de tocar al niño en la medida de lo posible para ayudar a conocerlo.

En nuestro país, en específico en el Instituto Mexicano del Seguro Social, La Raza, el neonato prematuro que se encuentra hospitalizado, recibe por indicaciones del pediatra neonatólogo, una terapia afectiva, consistente en las horas de visita (mañana y tarde) por parte de la madre (previa desinfectación y colocar bata, cubre bocas y gorra), la cual debe de hablar con su hijo, decirle lo que siente por él, es decir brindarle su amor maternal, también se nos permitió ingresar un juguete musical, el cual lo colocamos arriba de su incubadora, durante el tiempo que dura la visita. Dependiendo del grado de avance de su estado de salud del prematuro, es decir si se ha mantenido estable, y ha logrado alcanzar un peso de 1,500 gr las madres nos podemos inscribir a un Programa que recibe el nombre de Madre Canguro, el cual consiste en ingresar a la sala de prematuros a las ocho de la mañana hasta la una de la tarde, en ese periodo de tiempo se nos enseña a cuidar a un neonato prematuro, con respecto a su higiene, alimentación; asimismo en este intervalo de tiempo, madre e hijo deben estar en contacto piel a piel, se coloca al neonato en nuestro regazo. Este programa pretende demostrar que favorece al neonato a ganar peso, reduce el número de episodios apneicos y con esto sacarlo de la incubadora y pasarlo a cunero, solo si tolera el medio ambiente, es decir, si controla su temperatura sin la ayuda de la incubadora. para que se empiece a estimular la alimentación por el seno materno, y con estas medidas acelerar las posibilidades del alta hospitalaria. Cuando el prematuro puede tolerar su temperatura, desarrolla el reflejo de succión, ha alcanzado un peso de 1,800 gr y no se encuentra ninguna complicación, esta apto para ir a casa. Después de haber permanecido desde un lapso de tiempo de quince días hasta tres meses o más dependiendo del grado de prematuridad que presento al momento de su nacimiento.

El nacimiento de un prematuro, con frecuencia precipita un estrés familiar, por lo que el Doctor Stark enfatizó sobre los aspectos patológicos de los progenitores, éstos caen en un shock inicial, un periodo de intensa turbación emocional (incluyendo tristeza, enojo y ansiedad) son seguidos de un periodo de adaptación gradual que se caracteriza por la disminución de la ansiedad intensa y de la reacción emocional, dicha adaptación se caracteriza por un aumento de la satisfacción por la presencia del niño y la capacidad de asistirlo; por lo que la iniciación de la relación materna con el niño es un paso fundamental para la disminución de la ansiedad y del trastorno emocional asociados con el trauma del nacimiento, es decir, disminuye el estrés materno.

### **2.3. EMBARAZO DE ALTO RIESGO**

Se define como la gestación con probabilidad elevada de morbimortalidad perinatal y/o materna, en este orden de ideas dicho precepto nos señala que en el embarazo existe un riesgo de muerte para la madre o el feto, o para ambos.<sup>31</sup>

El embarazo de alto riesgo fetal puede ocasionar:

- Muerte fetal o muerte neonatal.
- Morbilidad neonatal grave o leve sin secuela posterior.
- Morbilidad neonatal grave o leve que dejará como secuela:
  - Impedimento físico
  - Impedimento social
  - Impedimento intelectual

---

<sup>31</sup> CASANOVA, Álvarez Nicolás. Obstetricia. México, Ed. Masson, 2000. p. 101.

El embarazo de alto riesgo materno puede ocasionar:

- Muerte materna inmediata o tardía
- Morbilidad materna grave o leve sin secuela posterior
- Morbilidad materna grave o leve que dejará como secuela:
  - Impedimento físico
  - Impedimento social
  - Impedimento intelectual

Es importante señalar que el embarazo de alto riesgo generalmente desencadena disfunción feto-placentaria cuya expresión clínica es el sufrimiento fetal crónico. Ahora bien la disfunción feto-placentaria es la disarmonía entre la unidad feto-placentaria y el ambiente materno, que impide el desarrollo y maduración normal anatómica y fisiológica del producto, dependiente de una homeostasis anormal, de igual manera el sufrimiento fetal crónico es el disturbio que padece el feto, debido al déficit en su aporte nutricional global y que puede o no ser equilibrado por los mecanismos fetales de adaptación.

Los mecanismos fetales de adaptación son: aumento de hemoglobina, de hematocrito, de eritrocitos, del volumen circulatorio, de la utilización del depósito de glucógeno, del ácido láctico y pirúvico, así como la disminución del pH sanguíneo, de la glicemia y de las proteínas plasmáticas.

#### **2.4. COMPLICACIONES POST-PARTO**

El periodo de tiempo entre las seis u ocho semanas, después del parto, en el cual el tracto genital retorna a sus condiciones normales como en la mujer embarazada, se le denomina puerperio. En condiciones normales después de un parto espontáneo no complicado (eutocia), las multiparas pueden darse de alta del

---

hospital a las veinticuatro horas post-parto; las primíparas y aquellas pacientes con episiotomía, requieren de cuarenta y ocho a setenta y dos horas de estancia hospitalaria, pero en ocasiones puede ocurrir.<sup>32</sup>

1) hemorragia genital. Ésta se define como la pérdida de sangre, en cantidad mayor de 550 ml. En las veinticuatro horas que siguen al parto, después de veinticuatro horas recibe el nombre de hemorragia post.-partum secundaria, entre las causas predisponentes se encuentran: excesiva distensión uterina (gemelos, polihidramnios), multiparidad y desnutrición, anestesia general profunda. Dentro de las consecuencias que se pueden ocurrir, a saber:

- Hemorragia de intensidad variable que puede ocasionar colapso circulatorio, estado de choque y muerte materna.
- Anemia puerperal
- Si hay desgarre intrauterino puede encontrarse irritación peritoneal. Dichos desgarros ameritan laparotomía o histerectomía.

2) Signos vitales

3) Infección en el área perinal en aquellas pacientes que fueron sometidas a una episiotomía.

4) Pérdida de líquidos, en condiciones normales entre el 2º y 5º día de puerperio, la diuresis aumenta y es responsable de la pérdida de unos dos kilos de peso; pero esta pérdida es mayor cuando existe preeclampsia por lo que se debe atender a los cuidados necesarios para evitar complicaciones ya referidas en líneas anteriores.

---

<sup>32</sup> FERNANDEZ, Del Castillo Carlos. Ginecología y Obstetricia aplicadas. México, Ed. JGH Editores, 2000. p.474-478.

Ahora bien, por lo que se refiere a pacientes que han sido sometidas a una operación, como es el caso de la cesárea, en primer lugar, ésta se define como el nacimiento del feto a través de incisiones de la pared abdominal y del útero, en esencia la operación es una histerotomía. Como es sabido en medicina se manejan dos tipos de operación cesárea, a saber:

- a) Operación cesárea clásica o corporal, es la incisión longitudinal del segmento superior contráctil del cuerpo uterino y cuya operación es rápida y fácil; pero algunas desventajas son: con mayor frecuencia se complica de íleo paralítico y peritonitis y cuya cicatrización se rompe más frecuente en el embarazo posterior y además las adherencias son más frecuentes.
- b) Operación cesárea segmentaria baja tipo Kerr, en la cual se incide el segmento inferior del útero después de disecar el peritoneo vésicouterino y cuya histerotomía es habitualmente transversal aunque también puede ser vertical.

Dentro de las complicaciones post-parto de pacientes que han sido sometidas a una operación cesárea en cualquiera de sus dos tipos son las siguientes:

#### **A) COMPLICACIONES PULMONARES Y CARDIACAS**

**Atelectasia.**- La aspiración del contenido gástrico durante la inducción de la anestesia o durante el vomito post-operatorio, ocasiona que algún bronquio sea obstruido con moco o vomito.

**Neumonía.**- La aspiración de las secreciones nasofaríngeas durante la anestesia o inmediatamente después de la misma, o la presencia de atelectasia, puede iniciar la etapa para el desarrollo de neumonía.

Aspiración.- Ésta constituye una complicación pulmonar relativamente común, por lo general ocurre en el periodo post-anestésico cuando el sensorio de la paciente esta deprimido y los reflejos vitales como la deglución y la tos están ausentes.

Paro cardiaco.- Ocurre con mayor frecuencia durante la inducción de la anestesia, pero también puede ocurrir durante el curso de la operación o inclusive en el periodo post-operatorio, las causas predisponentes incluyen cardiopatías previas, infarto del miocardio o reacciones medicamentosas.

Tromboflebitis superficial.- Ocurre después de la operación quirúrgica y es más común entre las mujeres con extensas varicosidades de las piernas, el puerperio, obesidad, ciertos medicamentos y la anemia son factores predisponentes. La paciente se queja de un dolor terebrante en la pierna, dolor franco en la pantorrilla, pero la complicación mayor es la embolia pulmonar.

## **B) COMPLICACIONES URINARIAS**

Retención urinaria.- La incapacidad de la paciente para orinar o la dificultad en la micción se debe al dolor causado por el empleo de los músculos voluntarios para iniciar la salida del chorro de orina.

Oliguria y anuria.- La oliguria habitualmente resulta de deshidratación que a menudo puede demostrarse por la diuresis, por lo que respecta a la anuria, se puede deber a una obstrucción uretral bilateral, complicación que debe tomarse en cuenta cuando no hay flujo urinario durante el periodo post-operatorio.

Infección del aparato urinario.- Ésta puede desarrollarse de inmediato durante el periodo post-operatorio en alguna paciente con contaminación previa del aparato urinario, esto se debe a la retención urinaria que sigue al tratamiento quirúrgico, anestesia o a la inmovilización. La vejiga por lo general no esta contaminada antes

del acto quirúrgico y así permanece a menos que se introduzcan bacterias por instrumentación o cateterismo.

### **C) COMPLICACIONES DEL APARATO DIGESTIVO**

Íleo paralítico.- La función gastrointestinal en el post-operatorio debe ser vigilado con cuidado para reducir el íleo, éste se caracteriza por distensión abdominal, falta de peristaltismo y timpanismo abdominal, náusea y vómito.

Distensión gástrica.- Es causada por la acumulación de gas y, en menor grado por los jugos gástricos del estómago, a medida que aumenta la distensión gástrica, puede inhibirse el movimiento del diafragma, por lo que se pasara una sonda gástrica de inmediato y se continuara la aspiración gástrica mientras persiste el íleo.

Estreñimiento, diarrea e impacto fecal.- Es de esperarse una disminución del número de evacuaciones intestinales en el periodo post-operatorio temprano dada la escasa ingestión de alimentos y la presencia del íleo. Por lo que hace a la impactación fecal constituye una causa común de diarrea en la paciente recién operada, por lo que de inmediato se le practica una exploración digital en el recto, encontrándose heces duras en la ampolla rectal, el trastorno se debe a la limitación de los líquidos por vía bucal.

### **D) COMPLICACIONES DE LAS HERIDAS**

Hematoma y abscesos pélvicos.- A menudo se resuelven de manera espontánea, pero algunos se infectan, lo anterior se debe a que puede ocurrir acumulación serosa en la pelvis o bajo la aponeurosis del músculo recto anterior mayor del abdomen.

**Infección de la herida.-** La frecuencia y grado de la infección de las heridas en el periodo post-operatorio depende del cuidado de la piel, estado nutricional y hábitos de higiene personal de la paciente. Los síntomas son: fiebre, enrojecimiento de la piel en el sitio de la operación, por lo general el patógeno más común causante de la infección es el *Escherichia coli* y *Enterobacter aerogenes*.

**Dehiscencia y evisceración de heridas.-** La incisión transversa de la parte baja del abdomen, rara vez se revienta; por lo que respecta a las incisiones verticales, en especial la de la línea media, llevan un riesgo mayor de rompimiento.

La evisceración consiste en la separación de todas las capas de la pared abdominal con procedencia en las asas intestinales a través de la incisión, constituye una complicación crítica del periodo post-operatorio, el aspecto más desagradable de esta complicación es la secreción serosanguinolenta profusa por la incisión abdominal, situación por la cual debe efectuarse el cierre secundario de inmediato bajo anestesia general.

**Fenómenos necróticos.-** En la medicina existen tres complicaciones raras pero muy devastadoras de las heridas quirúrgicas relacionadas con la isquemia, la primera es el resultado de un mal plan de incisión con esfácelo tisular resultante si se efectúa una incisión vertical paralela en lugar de extirpar una cicatriz previa; la segunda se trata de una fascitis necrosante tanto abdominal como perineal extremadamente destructiva y por último la pioderma gangrenosa aunque sus consecuencias son particulares porque generalmente se asocian con enfermedades mieloproliferativas como la leucemia. En los tres casos se requiere de desbridación amplia y en los últimos dos con cierre posterior por segunda vez.

## **E) COMPLICACIONES DIVERSAS**

**Anestésicas.-** El problema post-operatorio más frecuente de la anestesia regional es la cefalea raquídea, complicaciones neurológicas incapacitantes hasta una disfunción vesical temporal.

Obstétricas.- Dos complicaciones únicas y raras que deben tomarse en cuenta en la paciente obstétrica durante el post-operatorio, con morbilidad febril, son la tromboflebitis de vena ovárica y la dehiscencia de histerorrafia, que se presenta con mayor frecuencia después de cesáreas clásicas y tiene una evolución que sugiere absceso pélvico, con elevaciones de temperatura en picos, íleo, hipersensibilidad localizada del fondo uterino y la pared abdominal y una relación fija significativa del fondo uterino con la incisión abdominal donde se adhiere, por lo regular se requiere una reexploración e histerectomía para su corrección.

En consecuencia, toda paciente operada debe ser objeto de exploración física completa antes de ser dada de alta del hospital, por lo que el personal médico tiene la obligación de proporcionarle un asesoramiento tanto oral como escrito para asegurar una convalecencia óptima en casa, incluyendo tanto los aspectos positivos como los negativos de los cuidados en casa (que hacer y no hacer); asegurándose de esta manera el médico de que existe un entendimiento específico por parte de la paciente de las instrucciones dadas y citar a la paciente para su vigilancia externa en el consultorio.

### **3. Adición a la fracción III para prorrogar el periodo de descanso a que se refiere el artículo 170 fracción II de la Ley Federal del Trabajo en caso de Parto Prematuro.**

#### **3.1. La Protección a la Salud en los artículos 4 y 123 Constitucionales**

El artículo 4º constitucional en su tercer párrafo establece que "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 Constitucional. . ."

Por lo que respecta al cuarto párrafo de dicho numeral establece que "Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar. . ."

De igual manera el último párrafo del ya citado numeral señala que "Los niños y niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. . ."

Ahora bien, como se puede apreciar nuestra Carta Magna, nos indica que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, entendiendo por ésta gozar no sólo de un buen estado físico sino también de gracia espiritual, es decir, de la salud del alma; por lo que se infiere que se incluye en dicha protección tanto a la madre como al hijo, sin embargo, con las limitaciones propias de la Ley porque no se puede olvidar que ésta es el reflejo del pensamiento humano, dichas limitaciones se pueden apreciar cuando no se contempla el parto prematuro como causal de prorroga, que es el tema del presente trabajo.

En este orden de ideas, resulta necesario recordar que el niño y la niña también tienen derechos reconocidos por nuestras leyes mexicanas y por el Tratado Internacional, aprobado en la Convención de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1989, por lo tanto es obligación de las autoridades de nuestro país dar cumplimiento a lo señalado en la Ley, dentro de estos cumplimientos se pueden apreciar los Derechos del Niño, a saber:

Artículo segundo.- El derecho a la protección especial para su pleno desarrollo físico, intelectual, moral, espiritual y social de manera sana y moral.

Artículo tercero.- El derecho a nutrición, vivienda y servicios médicos adecuados.

Artículo sexto.- El derecho al amor, la comprensión y la protección.

Por lo que, dicha protección es deber de los ascendientes, tutores y custodios con la finalidad de preservar estos derechos de la niñez, así como del Estado que es el encargado de proveer lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos, de igual manera otorgara las facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento.

Una de las razones por la cual se otorga un apartado especial para las mujeres y los niños es porque son diferentes de los hombres, que cada cual tiene capacidades y necesidades distintas; pero el hecho de ser diferente no significa ser inferior, por lo que es común que las autoridades no atiendan debidamente las necesidades de la mujer y por ende de su hijo a pesar de que nuestra Constitución dice de manera expresa que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en donde la ley debe proteger al núcleo de la sociedad que es la familia.

Con base en lo anterior, la mujer y el niño(a) deben de defender sus derechos, pero para lograrlo es necesario que nuestra sociedad los conozcan y sepan que significan; motivo por el cual el presente trabajo especifica, de manera muy sencilla, algunos de ellos que son muy esenciales, para poder convivir en sociedad.

Por lo que respecta al artículo 123 constitucional, apartado A, en su fracción V establece que “ Las mujeres durante el embarazo no realizaran trabajos que signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozaran forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario integro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos.”

Ahora bien, dicho precepto nos da las bases de la protección a la maternidad a la mujer trabajadora mexicana, dicha protección como establece en la primera parte comienzan a contar a partir de seis semanas anteriores a la fecha fijada para el parto, es decir, cuarenta y dos días antes de tal fecha. A este respecto tal precepto, material del presente trabajo, es ambiguo, ya que nuestra Legislación da por hecho que la futura madre llegara a un embarazo a término, es decir, que estará encinta los 288 días siguientes a partir de su última fecha de menstruación.

En consecuencia, dicho numeral de nuestra Carta Magna, regula los derechos inalienables e imprescriptibles de toda mujer trabajadora que desempeña el papel de madre. Más sin embargo la protección que ofrece nuestra Constitución es muy limitada y es indispensable que se robustezca con leyes secundarias, como son la Ley Federal del Trabajo, la Ley del Seguro Social, la Ley General de Salud, y la ley del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado, ya que existen cuestiones en nuestro mundo fáctico laboral que deben tener un

apartado especial y ser analizado con detenimiento, por ejemplo nuestro tema de estudio en cuestión la maternidad.

Sin duda alguna, la protección a la maternidad esta definida por principios claros, pero en la realidad laboral de la mujer trabajadora que desempeña el papel de madre, se deja una laguna jurídica al no contemplar que la mujer pierde su derecho de gozar esos días anteriores al parto, cuando se produjo un parto prematuro. Por consecuencia al hacer un análisis de nuestra Constitución, solamente se contempla a una mujer gestante que tendrá un embarazo a término.

### **3.2. Ley General de Salud**

La injerencia que ha tomado el tema de la asistencia materno-infantil y la prioridad de regula la misma, se ha visto depositado en la ley reglamentaria del artículo 4º, párrafo tercero Constitucional, al instaurar diversas disposiciones que regulan dicha protección, de las cuales se desprende, a saber:

Artículo 1. - La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Por lo tanto, el precepto anterior, nos señala cual es la prioridad de la presente ley, dando cumplimiento al mandato Constitucional, de igual manera establece su ámbito de competencia y aplicación.

Artículo 2. - El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

...

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

...

El anterior numeral, establece las prioridades que se deben satisfacer en materia de salud, para beneficio de toda persona y que están a cargo de la sociedad.

Artículo 3. - En los términos de esta ley, es materia de salubridad general:

...

IV. La atención materno-infantil;

...

XI. La educación para la salud:

...

El presente artículo menciona unos de los aspectos en los cuales la presente ley tiene injerencia y es su responsabilidad establecer las bases y disposiciones para lograr su aplicación.

Artículo 5. - El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y

privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

El numeral anterior, establece la distribución en toda la República de todos aquellos que se dediquen a prestar servicios en materia de salud, siendo muy claro dicho precepto teniendo como objetivo dar cumplimiento al artículo 4º Constitucional.

Artículo 6. - El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud; con especial interés en las acciones preventivas.

...

IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;

...

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que presten para su protección,

...

Dicho artículo refiere los objetivos encaminados a la realización de garantizar las acciones para fomentar la salud, considerando las relaciones entre la población y la perspectiva que tienen acerca de la salud.

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

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

Se encuentra dentro de este numeral de manera explícita el vínculo que existe entre madre e hijo, así como la prioridad que se tiene por ambos ya que es de suma importancia asegurar su bienestar en cuanto a salud se refiere.

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

Se refiere al apoyo que se le debe dar a las madres e hijos para disminuir el índice de mortalidad por situaciones de salud, así como identificar el problema que la causa y establecer un plan para contraatacarlo.

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

Dicho precepto, nos indica que el cuidado del menor tanto física como mentalmente es una responsabilidad tripartita que se encuentra a cargo de los Padres-Estado-Sociedad.

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

I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios,

II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil,

...

Es decir, dicho numeral refiere de que manera se garantizan la prevención y solución de padecimientos en la población.

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

I. Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil

...

III. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas,

...

Este artículo nos manifiesta su preocupación porque en todos los ámbitos de competencia exista una correlación encaminada para asegurar la protección materno-infantil. A este respecto se establecen las bases para garantizar en todo momento y en cualquier situación la salud física y mental tanto de la madre como del hijo.

### 3.3. Ley del Seguro Social

El Seguro Social es una institución nacida del pensamiento revolucionario, que se expresó en las sesiones del Congreso Constituyente de 1916, en consecuencia de los debates suscitados por los proyectos relativos a la legislación del trabajo, los constituyentes descubrieron limitaciones de las garantías individuales, incapaces de proteger la dignidad de los trabajadores en nuestro país en la segunda mitad del siglo XIX.

El primero en comprender las limitaciones que tenían las leyes laborales y de las sociedades mutualistas para proteger plenamente a los trabajadores y a sus familias, fue el presidente Alvaro Obregón, quien durante su gestión comprendió el actuar del Estado, considerando que éste debería ser el principal gestor de la justicia social.

Fue hasta los años cuarenta, cuando el presidente Avila Camacho, consciente de la situación histórica de su país nombro una comisión técnica redactora, en 1941, para estructural el anteproyecto de la Ley del Seguro Social. El proyecto de la Ley del Seguro Social fue aceptado por el Congreso de la Unión el 23 de diciembre de 1942 y fue promulgado el 19 de enero de 1943.

A través de la promulgación de nuestra Carta Magna en el año de 1917, se establecieron los principios de la seguridad social, actualmente la fracción XXIX del artículo 123, indica: "Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares. En este sentido, el seguro social ha sido una forma idónea para proteger la vida y la dignidad del trabajador.

Ahora bien, el artículo segundo de la Ley del Seguro Social, establece que "La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Por lo anterior, de los numerales antes citados, se desprende que la realización de la seguridad social esta a cargo de entidades o dependencias públicas, federales y locales así como de organismos descentralizados. El seguro social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario, el primero de éstos esta contemplado en el artículo 11, en específico en su fracción segunda: enfermedades y maternidad.

Para el caso de la maternidad, el Instituto otorga a la asegurada (trabajadora) durante el embarazo, el alumbramiento y puerperio, prestaciones consistentes en asistencia obstétrica, ayuda en especie por seis meses para lactancia; y una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico. (Artículo 94 LSS. Asimismo tiene derecho a disfrutar durante el embarazo y puerperio a un subsidio en dinero igual al cien por cien del último salario diario de cotización el que recibirá durante cuarenta y dos días anteriores al parto y cuarenta y dos días posteriores al mismo, previos requisitos cubiertos con anterioridad.

Cabe señalar que los recursos necesarios para cubrir las prestaciones en dinero, en especie y los gastos administrativos del seguro de enfermedades y maternidad, se obtienen de las cuotas proporcionadas por el Patrón-trabajador-Estado.

Como se pudo apreciar en líneas anteriores el Instituto Mexicano del Seguro Social, es el instrumento coadyuvante de la Ley Federal del trabajo, a través del

cual se garantiza la protección médica, económica y social tanto para la madre como para el producto de la concepción.

### **3.4. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (ISSSTE)**

A lo largo del presente trabajo, se ha expuesto los derechos laborales de las mujeres trabajadoras que tienen como patrón a personas físicas o morales, cuyas empresas o negocios pertenecen al sector privado; pero la población laboral también comprende a las trabajadoras, las cuales se encuentran contempladas en el artículo 123, apartado B, fracción III, que establece:

“Entre los Poderes de la Unión, el gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores. . . XI. La seguridad social se organizara conforme a las siguientes bases mínimas a saber: . . . c) las mujeres durante el embarazo no realizaran trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozaran forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros después del mismo, debiendo percibir su salario integro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además disfrutara de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayuda para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.”

Dicho precepto, establece la bases para proteger la maternidad de la mujer trabajadora, pero es importante soslayar que necesita de una ley secundaria para regular dicha protección. Así como el instrumento idóneo en el cual se cumpla el mandato constitucional, referido en líneas anteriores (ISSSTE), en el cual se establece las siguientes disposiciones:

Artículo 1. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República; y se aplicará:

I. A los trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la Administración Pública Federal que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y otros;

II. A las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de los Poderes de la Unión a que se refiere esta Ley;

III. A las dependencias y entidades de la Administración Pública en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta Ley, y las disposiciones de las demás legislaturas locales;

IV. A los diputados y senadores que durante su mandato constitucional se incorporen individual y voluntariamente al régimen de esta Ley; y

V. A las agrupaciones o entidades que en virtud de acuerdo de la Junta Directiva se incorporen al régimen de esta ley.

En este precepto, se señala la obligación del Ejecutivo Federal de dar cabal cumplimiento al artículo cuarto Constitucional, para garantizar que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Artículo 2. La seguridad social de los trabajadores comprende:

I. El régimen obligatorio; y

II. El régimen voluntario.

Artículo 3. Se establecen con el carácter de obligatorio los siguiente seguros, prestaciones y servicios:

- I. Medicina preventiva;
- II. Seguro de enfermedades y maternidad;
- Entre otros.

En este apartado, se observa que cuestiones garantizan el derecho a la salud de la mujer trabajadora y sus beneficiarios.

Artículo 28. "La mujer trabajadora, la pensionista, la esposa del trabajador o del pensionista o, en su caso, la concubina de uno de otro, y la hija del trabajador o pensionista, soltera menor de dieciocho años que dependa económicamente de éstos, según las condiciones del artículo veinticuatro tendrán derecho a las siguiente prestaciones:

- I. Asistencia obstétrica necesaria a partir del día en que el Instituto certifique el estado de embarazo. La certificación señalará la fecha probable del parto para los efectos del artículo 28 de la ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.  
...."

Esta disposición jurídica garantiza que tanto la madre como el producto de la gestación tendrán asistencia médica para que se logre un embarazo a término, sin ninguna complicación.

Artículo 29. "Para que la trabajadora, pensionista, esposa, hija menor de 18 años y soltera, o en su caso, la concubina tenga derecho a las prestaciones que establece el artículo anterior, será necesario, que durante los seis meses anteriores al parto, se hayan mantenido vigentes

los derechos de la trabajadora o de la pensionista o del trabajador o pensionista del que se deriven estas prestaciones.”

Es indispensable que la futura madre demuestre que se encuentra sujeta al régimen obligatorio, es decir, que acredite fehacientemente que es trabajadora y esta dada de alta en dicho Instituto.

Dentro del reglamento de los servicios médicos del ISSSTE, se encuentra la siguiente disposición:

Artículo 39.”La Subdirección general otorgará a las trabajadoras, treinta días naturales de licencia con goce de sueldo antes de la fecha aproximada del parto, para la protección de la madre y del producto, y sesenta días naturales después para cuidados neonatales. En los casos de la muerte del producto, sólo se otorgarán treinta días naturales posteriores al parto.”

Es de suma importancia soslayar que en dicho numeral existe una variante por lo que respecta a lo dispuesto por el artículo 123, apartado A, fracción V, de nuestra Constitución, quizá esta diferencia de deba a que la Ley del ISSSTE, tiene como prioridad los cuidados que necesita un recién nacido al ampliar el periodo de descanso posterior al parto.

Artículo 40. “La Subdirección General aplicara como estrategia operativa la vigilancia de la gestación y la atención del parto, dando prioridad a los cuidados prenatales en los embarazos calificados como de alto riesgo.”

Es necesario, tomar conciencia que el ritmo de vida, alimentación y de trabajo es muy diferentes de la época revolucionaria, razón por la cual en nuestros días cada vez existen más mujeres encintas catalogadas como embarazo de alto riesgo, por lo que el numeral anterior es un buen inicio para tomar conciencia de aplicar un

plan de salud para evitar precisamente un parto prematuro que es igual a la disminución de posibilidades de que el producto sea viable.

### **3.5. Protección a la maternidad en el Derecho Castrense.**

La importancia que ha tomado la mujer trabajadora en los diversos sectores laborales, ha traído como consecuencia la necesidad de regular la actividad laboral así como de garantizar su protección en la tarea de ser madre, reflejado dentro de un ámbito laboral que en sus inicios estaba vetado para la mujer, actualmente ésta ha demostrado que es ésta uno de los pilares para que la sociedad sea productiva. Esta participación laboral por parte de la mujer la encontramos en la Secretaría de la Defensa Nacional y regulada por la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, a saber:

Artículo 1. "El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio con domicilio en la Ciudad de México."

Artículo 3. "El patrimonio del Instituto se constituye por:

I. Los bienes y los derechos y obligaciones que integran sus inventarios y registros;

II. Las cuotas que aporten los militares y sus familiares derechohabientes en los términos que para este objeto establezcan las disposiciones legales;

III. Las aportaciones del Gobierno Federal, señaladas en esta Ley, para prestaciones específicas."

Los numerales anteriores son precisos al señalar que es un organismo propio, con la capacidad jurídica suficiente para expedir sus propias leyes y reglamentos, pero en ningún momento contraviniendo a lo estipulado por nuestra Constitución.

Artículo 18. "Las prestaciones que se otorgarán con arreglo a esta Ley son las siguientes:

". . . .

XXII. Servicio Médico integral, y

XXIII. Farmacias económicas."

Este precepto nos indica como esta dando cabal cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 4 constitucional, al estar garantizando la protección de la salud de toda persona.

Artículo 149. "El servicio materno infantil se impartirá al personal militar femenino y a la esposa o en su caso concubina del militar, comprendiendo:

Consulta y tratamiento ginecológico, obstétrico y prenatal; atención del parto; atención del infante y ayuda a la lactancia."

Este artículo tiene relación con el desempeño de la mujer en el ámbito laboral así como proporcionarle protección, seguridad en el campo de ser madre. Realizar todas las medidas pertinentes para que el embarazo llegue a término.

Artículo 152. "El personal militar femenino tendrá derecho a disfrutar de un mes de licencia anterior a la fecha probable del parto, que se fijara de acuerdo con la consulta prenatal, y de dos meses posteriores al mismo para la atención del infante. En ambos casos con goce de haberes.

Este numeral nos refiere el interés que tiene el legislador por darle prioridad al infante fomentando de esta manera la lactancia, al ampliar la fecha del periodo post-parto, asimismo nos habla de que dichos periodos de descanso son un derecho de toda mujer trabajadora.

### **3.6. Inconvenientes de la no-existencia de prórroga en caso de parto prematuro.**

En primer lugar se violaría lo consagrado en nuestra Carta Magna, en el artículo cuarto que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, ésta corresponde al estado completo de bienestar, físico, mental y social de un individuo.

Por lo tanto, es necesario tomar en cuenta que todas las mujeres embarazadas, imaginan muchas cosas que tiene que ver con su pequeño, desde como se verá hasta de que forma lo van a cuidar, un dato curioso pero cierto es que en la mujer existe "un nacimiento mental" del bebe desde antes, incluso cuando la mamá era niña y jugaba con sus muñecas.

Estas fantasías durante el embarazo ayudan a aceptar con tranquilidad la llegada del niño y el nuevo papel de papás; sin embargo si el embarazo se interrumpe antes de llegar a su término, como ocurre en los casos de partos prematuros, también se termina el proceso de preparación psicológica, por lo que la mamá se queda con una sensación dolorosa de adaptación.

Además sobrevienen sentimientos de vulnerabilidad y fragilidad, junto con la injustificada sensación de no haber sabido llevar al final, una meta, este sufrimiento se aumenta al producido por la separación del niño, quien tendrá que estar un tiempo en incubadora y en ocasiones aunado a que estará conectado a varios aparatos médicos para lograr su supervivencia.

Para las mamás a quienes nos faltó una parte del tiempo necesario para terminar con nuestra preparación psicológica a la maternidad, nos resulta mucho más difícil aceptar a un hijo tan pequeño y frágil, hecho que en ningún momento se había imaginado durante el embarazo, aunado a que es un proceso de adaptación que requiere de tiempo para sobrellevar que tu hijo prematuro cada día que pasa en el hospital lucha por sobrevivir a pesar de que todo parece estar en su contra.

El tiempo que el niño se encuentra en una sala de prematuros se vive en un estado de constante tensión de llegar a la visita y encontrar malas noticias, porque como se ha relatado en líneas anteriores su sistema inmune es muy bajo y cualquier virus es mortal para el prematuro.

Por todo lo anterior, es más precaria la situación cuando la mamá tiene que retornar al trabajo, porque físicamente se encuentra apta y no tuvo ninguna complicación en el periodo post-parto; sin embargo, mental y emocionalmente se va con la intranquilidad de dejar a su hijo en un hospital y no proporcionarle la terapia afectiva en los horarios de visita a la sala de prematuros; ya que el hecho de verlo y expresarle lo importante que es para nosotras (porque como se ha mencionado, no se puede tocarlos, durante el tiempo que se encuentren en la incubadora) es un aliciente y una medicina emocional estar con nuestros hijos aunque sea por espacio de tres horas al día. Situación de que como no es causal de prorroga el parto prematuro, se ve reflejado en que se contraviene a lo dispuesto en nuestra Carta Magna ya que solamente sé esta protegiendo a la madre su salud física, pero dejando a un lado su salud mental y por ende la emocional.

Además de que dicho estado de animo repercutiría seriamente en su ámbito laboral, porque no estaría apta para rendir al cien por cien en sus actividades laborales, por tal cuestión no es creíble que exista un país en el mundo que pueda darse el lujo de otorgar salarios a trabajadores (as) que no rinden para poder contribuir al desarrollo económico de un país del cual forma parte.

Otra de las desventajas es que se interrumpiría el tratamiento afectivo que necesita el producto para ayudarlo a que crezca más rápido, por ende estaría más tiempo internado. Dicha situación trae consigo que en el hospital cuando nace un niño prematuro lo pasan a una sala de observación, en donde esta esperando que haya lugar en la sala de prematuros para tener su propia incubadora e iniciar su recuperación, es por eso que la finalidad del programa de madre canguro que se lleva a cabo en el Hospital la Raza, es que aumente de peso más rápido para poderlo dar de alta, en virtud, de que cada vez es más alto el índice de nacimientos prematuros en nuestro país.

En este mundo muchas sociedades suponen que la mujer esta preparada para ser madre, por el simple hecho de haber nacido mujer, que cuenta cono conocimientos infantiles, psicológicos, pedagógicos, morales y sobre todo de mucha paciencia para poder formar a un ser humano en una persona útil para la sociedad, situación que es totalmente falsa toda vez que teniendo en cuenta que cuando ser es madre por vez primera, jamás la mujer se había enfrentado a tal situación; en este orden de ideas, hago énfasis en la utilidad del programa de madre canguro, ya que éste aparte de contener la finalidad referida en líneas anteriores, también tiene como un segundo objetivo enseñar a la nueva mamá a prodigarle los cuidados básicos que debe tener un recién nacido prematuro consistentes en como bañarlo, alimentarlo, vestirlo, cargarlo, etc.

Como hemos visto desde nuestra Constitución, así como las leyes secundarias de las cuales entramos al estudio, resaltan otra prioridad para el Derecho Laboral Mexicano, que es fomentar la lactancia, pero como hemos referido en líneas anteriores el reflejo de succión del prematuro no se encuentra desarrollado aún, por lo que se tienen que utilizar las técnicas de alimentación de acuerdo a las necesidades fisiológicas del prematuro.

Siempre y cuando su estado de salud se lo permita es fundamental alimentarlo con leche materna, independientemente de la técnica de alimentación que se

utilice, lo más recomendable es la leche materna, ya que a través de ésta la madre le pasa al prematuro los anticuerpos necesarios para crear sus propias defensas.

Una vez que la madre esta dada de alta hospitalaria, se le invita a que participe a donar al banco de leche materna, en este programa de donación la mamá puede elegir en un horario matutino o vespertino para depositar su leche en ocho frascos, consistentes en las tomas con las que se alimenta a su hijo cada tres horas, siempre y cuando su estado del prematuro le permita tolerar el alimento.

Por lo anterior, si la madre retornara al trabajo una vez que este físicamente apta, existiría la posibilidad de que por su horario de trabajo no pudiese ir a donar su leche o en su defecto extraerla en casa y venir a depositarla.

Asimismo fomentar la lactancia en las mujeres, contribuiría a disminuir la producción de biberones, chupones, es decir, plásticos. Como es sabido éstas fábricas consumen materias primas para manufacturar sus productos que acaban siendo descartados como deshechos, por lo que los plásticos acaban acumulándose en algún lugar de nuestro planeta tierra, por ejemplo un deposito de basura, y no regresan a su estado natural que es el carbón; la realidad es que actualmente muchos de los nuevos materiales sintéticos, en este caso los plásticos, fueron desarrollados para resistir a los cambios químicos de modo que no se deterioran durante su tiempo útil, sin embargo, esta resistencia subsiste después de haber sido descartados los productos en cuestión. Por consiguiente, el movimiento de la materia a través de los procesos industriales, engendra una cantidad, en crecimiento constante de deshechos, la mayoría de ellos en forma de material sólido, como es el caso de los biberones, chupones y demás productos utilizados para sustituir al seno materno.

Actualmente existen diferentes métodos de eliminación de deshechos, en el caso de los sólidos, se utiliza el método por eliminación terrestre, a través del deposito que es el vaciadero al aire libre, los deshechos se reúnen, se comprimen, para

ahorrar espacio y gastos de transporte, esto lo puede hacer el ama de casa, pero al llevarlos al vaciadero, se esparcen por el suelo, teniendo como inconveniente que se desarrolle en ese vaciadero organismos vivos (p. ej. Ratas, moscas) y microorganismos que se multiplican en el vaciadero y no son de tipo inofensivo para el hombre, en otras palabras el vaciadero es un potencial de enfermedades, especialmente las transmitidas por las ratas y moscas, tampoco al incinerar los desechos, el fuego no esta controlado y por consiguiente desprenden humo y son contaminantes para el aire; De igual manera, el agua, la lluvia, al circular penetra en el vaciadero y agita una cantidad de materia disuelta y en suspensión, incluyendo los microorganismos patógenos, que son contaminantes del agua; además de que los vaciaderos no tienen ningún aspecto agradable para el ojo del ser humano.

### **3.7. PROPUESTA DE REFORMA**

En nuestra sociedad ha tenido en los últimos años muchos cambios sociales, políticos, culturales y sobre todo de actitud; en la cual se enfoca al Derecho Laboral Mexicano como la disciplina que debe luchar para lograr el mejoramiento del bienestar de la mujer trabajadora.

En el mundo fáctico toda sociedad ha desarrollado un sistema de leyes, reglamentos, acuerdos nacionales e internacionales y porque no hasta de costumbres, encaminados a establecer prestaciones de manera específica para las trabajadoras durante el embarazo y después del mismo y sobre todo salvaguardar sus empleos mientras se encuentran en licencia de maternidad.

Estas medidas que la sociedad ha adoptado tienen un fin, que se traduce en proteger la salud de la futura madre y del niño, garantizando su empleo y por ende sus ingresos monetarios, pero además se asegura que el periodo de embarazo y los cuidados que requieren los niños de corta edad no limiten el derecho a trabajar que tiene toda mujer.

A medida de que se toma conciencia de los objetivos antes descritos que se debe fijar toda sociedad, se observa en varias legislaciones extranjeras y por supuesto en la nuestra, los esfuerzos por asegurar una protección más eficaz, adaptándose a las necesidades tanto de la madre como del hijo.

Tal situación se ha visto reflejada en la legislación Argentina, dicho país adoptó el principio de que la mujer se ausente de su trabajo desde cierto tiempo antes del parto, hasta un tiempo prudencial después, fue incorporado a partir de la Convención de la Organización Internacional del Trabajo, de 1919.

En un principio disponía cuarenta y cinco días antes y después del parto, pero se dejaba el derecho a la trabajadora de optar por reducir el periodo preparto, que sin embargo, nunca debía de ser inferior a treinta días, en tal caso el periodo posterior al nacimiento se extendía a sesenta días.

En tal sentido, el sistema argentino, teniendo presente que el comienzo de la licencia se tomaba sobre una fecha presuntiva y probable, como la establecida probablemente por el certificado médico, se previó que podía ocurrir que ante un parto relativamente anticipado y aún de pretérmino, la trabajadora perdía parte de los días de su licencia maternal, o tal vez hasta su totalidad, es decir los cuarenta y cinco días, si la madre no había optado por los treinta días de reducción. Ante tal circunstancia y como lo manifestaron los considerandos de la ley Argentina, a saber:

**“Siendo el nacimiento pretérmino impronosticable, la trabajadora pierde necesariamente un lapso anterior al parto o tal vez el total.”**

Por ello, resulta de toda equidad permitir la acumulación de ese período no utilizado a fin de que la madre dispense a sus hijos los cuidados exigidos, enfatizando que la supervivencia del niño pretérmino exige la asistencia especializada, que si bien es cierto, implica a su vez, la separación de la madre

por un lapso variable, cuando el niño se incorpore al seno familiar, requiere de atentos cuidados, para los que la madre debe ser aleccionada, en un tiempo en que la relación directa con ella es una circunstancia esencial para la pronta y total maduración del niño. Con tan aceptables propósitos se incorporo al texto del artículo 177 de la ley argentina, al terminar su primer párrafo, lo siguiente:

**“En caso de nacimiento prétermino, se acumulará el descanso posterior todo el lapso de licencia que no se hubiere gozado antes del parto, de modo de completar los noventa días.”**

Lo anterior produjo dos consecuencias para la trabajadora argentina, en esta situación a saber:

- a) No pierde días de licencia por maternidad por nacimiento prétermino, ya que los usados dentro del límite de noventa, se gozarán posparto.
- b) Asegura siempre la percepción de una asignación similar a la retribución en todo período legal de descanso, o sea, de noventa días.

En la actualidad, estudios realizados por la Organización Internacional del Trabajo especialmente a partir de 1980 países como Hungría y Suecia conceden permisos especiales para cuidar a los hijos y en algunos casos estipula que dichos permisos lo pueden tomar el padre o la madre de manera indistinta, otro ejemplo de esto lo podemos encontrar en la antigua Unión Soviética en donde todas las mujeres tiene derecho a una licencia prenatal y postnatal, gozando de una licencia suplementaria y remunerada para cuidar de su hijo hasta la edad de un año.

Aspectos de los cuales se desprende, que cuando la mujer observa que cuenta con prestaciones de maternidad suficientes y por supuesto buenos servicios para el cuidado de sus hijos, ésta se anima a buscar un trabajo, situación que trae consigo un doble beneficio por un lado ejercen el derecho a laborar y por el otro la

sociedad adquiere a un ser útil, productivo para la economía de un país; por lo tanto se puede afirmar y sin temor alguno a equivocarse que se han logrado verdaderos progresos reales al respecto, pero aún falta mucho por hacer, no sólo en nuestro país, sino en toda la comunidad extranjera y la muestra nos la ha puesto el Derecho Laboral Argentino.

Dichos aspectos no solo han tenido injerencia en el campo laboral, sino en la medicina a través de la ginecología, neonatología y pediatría; por ejemplo en la actualidad solo estos especialistas han optado por vías de solución en problemas, tales como el preservar la vida de los recién nacidos prematuros, con malformaciones, algunos sin esperanza de sobrevivir y sobre todo el control de la población en todo el mundo para preservar o mejorar la calidad de vida para las futuras generaciones.

Por ende, nuestra sociedad determina cuáles son los "problemas" y la medicina se debe adaptar no solo a lo dispuesto por las legislaciones, sino también a la presión de un grupo de población que requiere de su atención como profesionistas; ya que si percibe su papel de médico de resolver en parte los problemas de las mujeres que llegan a su consultorio, también debe entender cómo pueden resultar afectadas sus pacientes por las actitudes cambiantes de una sociedad y como ellas perciben lo que se encuentra mal y qué es lo que su médico, la legislación, la sociedad, puede hacer por ello.

Razón por la cual las mujeres solicitamos se nos preste más atención como individuos que tenemos nivel de autoestima alto para elegir un estilo de vida más allá de un matrimonio y maternidad, pero garantizándonos la protección de éstos dos aspectos que son importantes para la realización plena en todos los aspectos de todo ser humano.

Ahora bien, la propuesta para adicionar a la fracción III el periodo de descanso a que se refiere el artículo 170 fracción II, se basa de manera específica en

considerar al parto prematuro como causal para prorrogar el periodo de descanso, asegurando el derecho de la trabajadora de no perder el periodo de descanso prepartum, y sea utilizado para ayudar a su hijo prematuro a su pronta recuperación, ya que por sus características es lo doble de indefenso que un recién nacido a término.

Ahora bien, nuestra legislación laboral en vigor, contemplaría al parto prematuro como causal de prorroga, cubriendo los siguientes aspectos:

- a) Que se contemple al parto prematuro como una imposibilidad para que la madre retorne al trabajo.
- b) Que no pierda los días de licencia por maternidad por nacimiento pretérmino.
- c) Que los días no usados se gozaran en el periodo post-parto.
- d) Se garantice su percepción de ingresos, su retorno al trabajo y computo de antigüedad, tal y como lo refiere la fracción V, VI y VII del artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo.

Por lo anterior, si bien es cierto que nuestras leyes mexicanas se han preocupado por proteger el trabajo que realiza la mujer fuera del hogar, también lo es que en la realidad la mujer trabajadora realiza una "doble jornada" compaginando el trabajo fuera del hogar con las labores del hogar. En tal virtud si en el trabajo existen normatividades tendientes a la prohibición de realizar trabajos pesados y agotadores, pero que pasa cuando tiene que cargar sus bolsas de mandado o cuando tiene que lavar y planchar la ropa de su todos los integrantes de la familia, y realizar diversas actividades durante varias horas de pie, porque recordemos que dentro del hogar no rige la ley de la silla.

## CONCLUSIONES

**PRIMERO:** El trabajo es un deber que tiene toda persona, que se traduce en el desarrollo de actividades que su capacidad física y mental le permitan hacer, sin distinción de sexo o estado civil, siempre y cuando su trabajo no contravenga lo estipulado por la Ley, es decir, debe ser lícito.

**SEGUNDO:** A todo deber impuesto le corresponde un derecho, por lo tanto la mujer tiene derecho a trabajar, pero siempre y cuando se garantice una protección en los otros ámbitos que desempeña que es ser esposa y madre.

**TERCERO:** Desde un punto de vista lógico, se debe proporcionar dicha prórroga cuando la mujer lo necesitare no solo para su salud física sino también mental, como es el caso del parto prematuro.

**CUARTO:** Los organismos encargados de dar protección a la salud, deberían de tener facultad para prescribir en casos individuales, una prolongación del periodo de descanso necesaria en interés de la madre, pero sobre todo del hijo.

**QUINTO:** Del presente trabajo se desprende que un país que cuenta con trabajadoras en perfecto estado de salud, y cuando hablo de éste me refiero al físico y mental, serán unas buenas candidatas para lograr grandes cambios en beneficio de nuestra sociedad.

**SEXTO:** Por lo tanto, en lo que a trabajo se refiere, la mujer tropieza con los mismos problemas y dificultades que el hombre, pero además su función reproductora la coloca en una situación particular más no discriminatoria.

**SÉPTIMO:** Darle protección a la trabajadora no es contravenir al principio de igualdad, simplemente es aplicar el principio de igualdad en un sentido amplio.

**OCTAVO:** Es necesario soslayar, la suma importancia de fomentar la vida, ayudando a reducir los niveles de mortalidad del pequeño prematuro, éste pequeño que tiene todo en contra para poder vivir. Y que si llegase a ocurrir un deceso, que no quede en nuestra sociedad no haber apoyado con las leyes creadas por y para el hombre; tanto a la madre como al hijo, en este difícil y agotador trance.

**NOVENO:** Si nuestro país participa en modelos económicos con otros países en beneficio de nuestra sociedad, porque no adoptar leyes laborales que se adecuen a nuestro problema en comento.

**DÉCIMO:** Mi propuesta, tiene como principal objetivo demostrar que en el mundo fáctico existen seres indefensos, aunque a veces pasan desapercibidos, que necesitan se les tome en cuenta para garantizar su derecho a la salud.

**UNDÉCIMO:** El binomio materno-infantil es indestructible, por lo tanto al asegurar la salud de uno es asegurar la del otro, por lo que a parto prematuro se refiere.

**DUODÉCIMO:** Considero que mi propuesta, se traduce en una justa retribución para la madre trabajadora de un derecho ya adquirido con anterioridad.

**TRIDÉCIMO:** A través del presente trabajo, se ha corroborado que existe una prioridad de que sea una causal el parto prematuro para prorrogar el periodo de descanso a que se refiere la fracción II del artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo, ya que dicha causal garantizaría lo dispuesto en el artículo 4º constitucional, así como un mejor cumplimiento de la responsabilidad que se tiene como padres, Estado y sociedad para un mejor desarrollo físico y mental del menor.

## G L O S A R I O

**Aborto:** Pérdida del producto de la concepción antes de la semana veinte de embarazo.

**Ácido láctico:** Ácido orgánico presente en dos formas asimétricas o isómeros ópticamente activos, el ácido láctico de tipo dextrógiro es producido durante la contracción muscular a partir del glucógeno muscular y el ácido láctico de tipo levógiro se origina por la fermentación de la lactosa por las bacterias.

**Ácido pirúvico:** Compuesto formado en el curso del metabolismo aeróbico orgánico de los hidratos de carbono, también se obtiene por destilación del ácido tartárico.

**Alvéolo:** Fondo de saco terminal de las ramificaciones bronquiales.

**Aminoácido:** Ácido orgánico que contiene los grupos amino  $\text{NH}_2$  y carboxílico  $\text{COOH}$ ; son los principales constituyentes de las proteínas.

**Amnios:** Membrana interna que tapiza la cavidad del huevo, cubre la placenta y formando vaina al cordón umbilical hasta la inserción de éste en la piel.

**Anticuerpo:** Sustancia elaborada por organismos sometidos a la acción de ciertos productos proteicos, glucidos o lípidos, llamados antígenos.

**Antígeno:** Todo cuerpo extraño, microbio o toxina que introducido a un organismo determina la aparición del anticuerpo que tiende a destruirlo.

**Anuria, anuresis:** Supresión o disminución de la secreción urinaria.

**Bacteria:** Microorganismo unicelular que se clasifica en el reino procariota, carece de membrana nuclear; posee un solo cromosoma; su citoplasma carece de organelos y sus ribosomas son 70S. Se multiplica por división binaria y puede formar agrupaciones características. Algunas forman endosporas, otras artrosporas o exosporas. Algunas son patógenas para el hombre y animales (estafilococos, salmonelas, clostridios, etc.) y otras intervienen en diversos ciclos biológicos (p. ej., Ciclo del nitrógeno).

**Bacteriuria:** Eliminación de bacterias por la orina.

**Bronquio:** Cada una de las dos ramas principales de la traquea y las subdivisiones de las mismas.

**Cardiología:** Estudio del corazón, sus funciones y patología.

**Cardiopatía:** Término general para las enfermedades del corazón.

**Cianosis:** Coloración azul o lívida de la piel y mucosas, especialmente la debida a anomalías cardíacas, causa de oxigenación insuficiente de la sangre.

**Corion:** Membrana intermedia que envuelve al huevo cubierta de vellosidades.

**Cornea:** Disco transparente engastado en la esclerótica que forma la parte anterior de la cara externa del globo ocular. Consta de cinco capas: epitelial, membrana de Bowman o de Reichert, capa de sustancia propia, membrana de Descemet o de Demours en una capa endotelial.

**Corteza:** Envoltura exterior del tronco, ramas o raíces de las plantas dicotiledóneas.

**Diafragma:** Tabique músculo membranoso que separa el abdomen del tórax.

**Edema:** Acumulación de agua en los tejidos.

**Embarazo:** Gestación, estado de una mujer encinta periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto.

**Embarazo a término:** Embarazo de 288 días de duración a partir de la última menstruación o de 266 descontando los 14 días previos a la ovulación de la fecundación.

**Embolia pulmonar:** Obliteración brusca de una rama de la arteria pulmonar por un cuerpo extraño arrastrado por la sangre.

**Episiotomía:** Incisión quirúrgica lateral del orificio vulvar para evitar que se desgarre en el curso del desprendimiento de la presentación fetal.

**Eritrocito:** Corpúsculo o glóbulo rojo de la sangre.

**Estasis urinaria:** Estancamiento de la sangre u otro liquido en la uretra.

**Esternon:** Hueso impar, medio, simétrico y plano situado en la parte anterior del

**Estupor:** Estado de inconsciencia parcial con ausencia de movimientos y reacción a los estímulos.

**Eutocla:** Parto natural.

**Feto:** Producto de la concepción desde el final del tercer mes hasta el parto.

**Fibroplasia Retrolental:** Formación retrocristalina de tejido fibroso en prematuros que respiraron oxígeno a elevada presión; causa de ceguera.

**Filtrado glomerular:** Paso del plasma libre de proteínas, de las asas glomerulares al espacio capsular.

**Flácido:** Débil, laxo, blando.

**Glicemia:** Presencia de glucosa en la sangre, su valor normal es de 70-115mg/100ml.

**Glucógeno:** Se forma en el hígado a expensas de los hidratos de carbono y se almacenan allí para convertirse en azúcar a medida que las necesidades del organismo lo requieran.

**Hematoma:** Tumor por acumulación de sangre.

**Hematocito:** Célula o corpúsculo de la sangre.

**Hemólisis:** Desintegración de los hematíes o disolución de los corpúsculos sanguíneos, especialmente de los hematíes, con liberación de hemoglobina por acción de sueros hipotónicos, lisinas bacterianas, fármacos, etc.

**Hiperreflexia:** Exageración de los reflejos.

**Hipertensión:** Aumento de la sangre en las arterias.

**Hipertonía:** Tono o tensión exagerados, especialmente tono muscular; las más importantes son la espasticidad (debida a lesiones piramidales) y la rigidez (debida a lesiones extrapiramidales).

**Hipertrofia:** Desarrollo exagerado de los elementos anatómicos de una parte u órgano sin alteración de su estructura, de lo que resulta un aumento de peso y volumen del órgano.

**Hipotonía:** Tensión o tonicidad disminuida, especialmente de los músculos.

**Histerotomía:** Incisión del útero; operación cesárea.

**Homeostasis:** Tendencia al equilibrio o estabilidad orgánica en la conservación de constantes biológicas.

**Íleo paralítico:** El que tiene por causa la parálisis de la musculatura intestinal.

**Laparotomía:** Incisión quirúrgica de las paredes abdominales./Vaginal, la que permite entrar en la cavidad peritoneal desde la vagina.

**Lupus:** Afección tuberosa de la piel y de las mucosas, caracterizada por la producción de tubérculos que se ulceran y por su tendencia a la extensión.

**Membranas:** Capas protectoras del huevo; caduca, corion y amnios.

**Metabolito:** Sustancia producida por el metabolismo.

**Microcefalia:** Pequeñez anormal de la cabeza, generalmente asociada a retraso mental.

**Miocardio:** Porción muscular del corazón; músculo cardíaco.

**Nefropatía:** Término general para las enfermedades del riñón.

**Nefropatía del embarazo:** Cuadro renal de la gestante caracterizado por edema, hipertensión arterial, proteinuria, convulsión y coma.

**Nervio Óptico:** Fibras nerviosas que llevan los impulsos visuales de la retina al cerebro.

**Óbito:** Muerte, fallecimiento.

**Óbito fetal:** Muerte del feto en el interior de la matriz.

**Obstetricia:** Rama de la medicina que trata la gestación, parto, puerperio, tocología, así como el parto que es la fase que antecede al parto.

**Oliguria:** Secreción escasa de orina.

**Perineal:** Relativo al perineo.

**Perineo:** Anatómicamente región romboidal que va del pubis a la punta del cóccix y de una tuberosidad isquiática a la otra. Se divide en dos triángulos: perineo anterior con vértice al pubis y base en la línea bisisquiática y posterior con base en esta misma línea y vértice en el cóccix.

**Peristalsis:** Movimiento vermicular característico de los órganos tubulares provistos de fibras musculares circulares y longitudinales, especialmente intestino, en virtud del cual su contenido progresa.

**Peristaltismo:** Peristalsis

**Peritoneo:** Membrana serosa que tapiza las paredes abdominales y superficie inferior del diafragma (peritoneo parietal) y se refleja en uno o varios puntos sobre las vísceras para formar una cubierta completa para algunas, estómago, intestino e incompleta para otras, vejiga, recto (peritoneo visceral. Constituye un saco cerrado sin comunicación con el exterior en el hombre pero si en la mujer, a través de las trompas de Falopio, el espacio que queda entre el peritoneo visceral y el

peritoneo parietal es **cavidad peritoneal**, dividida en dos porciones, la mayor y la menor o tras cavidad de los epiplones que comunican entre sí por el hiato de Winslow.

**Peritonitis:** Inflamación del peritoneo.

**Ph sanguíneo:** Indica el grado de acidez en la sangre.

**Proteína plasmática:** Pertenece al grupo de compuestos nitrogenados, existen en le plasma sanguíneo entre ellas se encuentran las albúminas, fibrogeno, globulinas y factores de coagulación.

**Primigesta:** Mujer embarazada por primera vez.

**Primípara:** Mujer que pare por primera vez.

**Proteinuria:** Presencia de proteínas en la orina: albuminuria.

**Sinapsis:** Región de comunicación y transmisión de impulsos entre el axon de una neurona y las dendritas o cuerpo celular de otras.

**Stress:** Desviación del estado normal del organismo, situación cualquiera que causa un daño específico y lo hace responsable mediante el síndrome de adaptación el factor desencadenante puede ser un traumatismo, hemorragia, hambre, fatiga, infección y angustia.

**Tic:** Movimiento espasmódico habitual, rápido repetido e involuntario, análogo de un músculo sin estímulo externo demostrable.

**Tono Muscular:** Estado de tensión de los músculos en reposo, por lo que se contrarrestan, mientras se hallan inervados normalmente.

**Tórax:** Esta formado por varias piezas que al soldarse dejan distinguir tres segmentos: manubrio, cuerpo y apéndice xifoides. Se articula con las clavículas y con las costillas a través de los cartílagos costales.

**Tracto urinario:** Columna, vía //Urogenital, vías urinarias y genitales en conjunto.

**Trofoblasto:** Capa celular extraembrionaria epiblastica, que fija el embrión a la pared uterina y lo nutre.

**Útero:** Matriz. Órgano femenino de la generación destinado a recibir el óvulo fecundado, a conservar y nutrir el fruto de la concepción y a expulsarlo en tiempo oportuno.

**Vagina:** Conducto membranosos femenino, órgano de la copulación, que se extiende de la vulva al útero cuyo cuello abraza.

**Vesicouterino:** Relativo a la vejiga y el útero.

**Virus:** Cualquiera de los agentes infecciosos más pequeños (20-30 NM) que se caracterizan por replicar solamente en células vivas y en parásitos absolutos, incapaces de generar energía ni de cualquier actividad metabólica.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVARADO LARIOS, Ana María. Temas Selectos de Derecho Laboral. México, Ed. Addison Wesley Long man, 1998. 334p.
- BAQUEIRO ROJAS, Edgar. Derecho Civil. Introducción y Personas. México, Ed. Harla, 1993. 348 p.
- BARRET, Francois. Historia del Trabajo. Buenos Aires, Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1969. 188 p.
- BERHAM, John. Enfermedades del Feto y del Recién Nacido. Buenos Aires, Ed. Panamericana, 1985. 683 p.
- BERMÚDEZ CISNEROS, Miguel. Derecho del Trabajo. México, Ed. Oxford, 2000. 521 p.
- BRICEÑO RUIZ, Alberto. Derecho Individual del Trabajo. 9ª/ed. México, Ed. Harla, 1993. 643 p.
- CABERO ROURA, Lluís. Riesgo Elevado Obstétrico. México, Ed. Masson S.A., 1996. 567 p.
- CASANOVA ALVAREZ, Nicolás. Obstetricia. México, Ed. Masson, 2000. 391 p.
- CAVAZOS FLORES, Baltasar. Hacia un Nuevo Derecho Laboral: Estudio Comparativo entre la Legislación Laboral de E.U. y Canadá y El Derecho Laboral Mexicano TLC. 3ra. Edición, México, Ed. Trillas, 1997. 456 p.
- CLOHERTY, John. Manual de Cuidados Neonatales. Buenos Aires, Ed. Masson S.A., 1999. 847 p.
- DE LA CUEVA, Mario. El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo. 15ª/ed. México, Ed. Porrúa, S.A., Tomo I, 1998. 776 p.
- DE PINA VARA, Rafael. Diccionario Jurídico Mexicano. 10ª/ed. México, UNAM, Ed. Porrúa, 1997.
- DE RUGGIERO, Guido. El Concepto de Trabajo en su Génesis. Buenos Aires, Ed. Pléyade, 1973. 102 p.
- DOMÍNGUEZ MARTINEZ, José Alfredo. Derecho Civil, Parte General. Personas, Cosas, Negocios Jurídicos e Invalidez. 4ª/ed. México, Ed. Porrúa, S.A., 1994. 701 p.

FALCON O'NEILL, Lidia. Los Derechos Laborales de la Mujer. Madrid, Ed. Montecorvo, 1965. 511 p.

FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Carlos. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. México, Ed. JGH Editores, 2000. 477 p.

FLORIS MARGADANT, Guillermo. Introducción a la Historia del Derecho Mexicano. 13ª/ed. Estado de México, Ed. Esfinge, 1997. 295 p.

GALINDO GARFIAS, Ignacio. Derecho Civil. Primer Curso. Parte General: Personas y Familia. 20ª/ed. México, Ed. Porrúa, 2000. 790 p.

GORDON B., Avery. Neonatología: Fisiopatología y Manejo del Recién Nacido. 3ra. Edición. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1991. 1423 p.

GROS ESPIELL, Héctor. La Organización Internacional y Los Derechos Humanos en América Latina. México, Ed. UNAM, 1978. 286 p.

JONXIS, J.H.P. CreCIMIENTO y Desarrollo del Niño Recién Nacido a Término y del Prematuro. México, Ed. Manual Moderno S.A., VOL. I, 1979. 290 p.

MARSHALL H., Klaus's. Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. Buenos Aires, 3ra. Edición. Ed. Médica Panamericana, 1987. 470 p.

MARTINEZ VIVOT, Julio. Los Menores y Las Mujeres en el Derecho del Trabajo. Buenos Aires, Ed. Astrea, 1981. 345 p.

MARLOW R, Dorothy. Enfermería Pediátrica. Buenos Aires, Ed. Interamericana, 1980. 827 p.

OYARZUN EBENSPERGER, Enrique. Alto Riesgo Obstétrico. Santiago de Chile, 2da. Edición. Ed. Universitaria Católica de Chile, 1996. 431 p.

PADILLA SAHAGÚN, Gumesindo. Derecho Romano I. México, Ed. McGraw-Hill, 1996. 161 p.

SOTO PÉREZ, Ricardo. Nociones de Derecho Positivo Mexicano. México, Ed. Esfinge, 2002. 176 p.

VALLE MUÑOZ, Francisco Andrés. Protección Laboral de la Maternidad, Paternidad y Cuidado de Familiares. Madrid, Ed. Colex, 1999. 154 p.

## LEGISLACION

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. SISTA, 2003.

Ley Federal del Trabajo. Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 2003.

Ley del Seguro Social. Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 2003.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (ISSSTE. Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 2003.

Los Derechos de los Niños y Niñas. Ed. SISTA, 2003.

Ley General de Salud. Ed. Porrúa, 2002.

Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas. Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 2003.

## HEMEROGRAFIA

Diccionario Básico de la Lengua Española. México, Ed. Larousse, 1984.

Diccionario Médico. 3ª/ed. México, Ed. Masson-Salvat Medicina, 1996.

Revista del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos. El Siglo Mexicano. Edición Especial. México, 2003.

Revista Internacional del Trabajo. Informe de la Reunión de Consultores en Materia de Problemas de la Mano Femenina. Ginebra, 1959.