



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS
DE HIDALGO**

ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

**“ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE LA MUJER EN MORELIA
MICHOACAN”.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTA

ALFONSO CRESCENCIO LEODEGARIO

ASESORES:

**M.E.y A.S. MARTHA I. IZQUIERDO PUENTE
DR. JOSE BEDOLLA RIVERA**

Morelia Michoacán, Enero del 2005

**DIRECTIVOS DE LA ESCUELA DE LICENCIATURA
EN ENFERMERIA**

M. C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

Directora:

C.M. MA. MARTHA MARÍN LAREDO

Secretaria Académica:

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN

Secretaria Administrativa:

MESA DE JURADO

Presidenta.

Vocal

Vocal

M.E.y A.S. MARTHA I. IZQUIERDO PUENTE

DEDICATORIAS

A lo largo de mi vida he tenido la fortuna de conocer personas que han contribuido a mi formación como ser humano y como profesional a los cuales quiero agradecer lo que hoy soy.

A DIOS:

Por su Vislumbrante Poder Divino; Por haberme dado la oportunidad de estar en este mundo y por todas las horas de felicidad, tristeza y angustia que me ha regalado por todas las cosas que ha creado para que yo sea feliz; y por que me ha conferido pasión por el estudio; a el gracias que me ha puesto en este camino para servir y apoyar a sus hijos.

A MIS PADRES:

Sra. Ma. Santos Leodegario Esteban Juan y Sr. Francisco Crescencio A.

Mis más sinceros agradecimientos por haberme dado la vida.

Que con cariño y amor siempre me apoyaron, porque sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme sin importar lo difícil que fuera.

Si la educación es la más preciada riqueza tu haz hecho de mí un ser privilegiado por que además de tu ejemplo me diste la confianza y me dejaste volar para lograr mis metas. Hoy todo eso se ha cristalizado me siento orgulloso por no haberlos defraudados, Gracias por lo que soy, los valores morales y mi formación profesional.

A MI ASESORA:

MEyAS Martha I. Izquierdo Puente

Por el valioso tiempo, empeño e impulso para la conclusión de esta tesis. Mi reconocimiento y respeto por su interés, orientación; que nunca perdió las esperanzas que puso en mí y, siempre estuvo pendiente de mi trabajo con una palabra de apoyo y aliento para no desfallecer GRACIAS en la culminación del trabajo.

MAESTROS

También agradezco a todos mis maestros quienes compartieron sus conocimientos conmigo.

A MI ESPOSA

Dedico este trabajo a mi esposa por su paciencia, amor, por todo el apoyo que me ha brindado gracias por siempre y, mis ratos de ausencia, porque con su cariño me impulsa a continuar. Raquel Torrero A. reciba el presente con todo mi amor.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	2
III. JUSTIFICACIÓN	33
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
V. OBJETIVOS	35
4.1.-OBJETIVO GENERAL	35
4.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	36
VII. RESULTADOS	37
VIII. ANÁLISIS DE DATOS	41
IX. CONCLUSIONES	42
X. PROPUESTAS	44
XI. BIBLIOGRAFÍA	45
XII. ANEXOS	47
XIII. GLOSARIO DE TÉRMINOS	100

I. INTRODUCCIÓN

El primer año de vida es el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y por tanto las demandas nutricionales son mayores. El niño durante el primer año multiplica por tres su peso e incrementa un 50% su talla. Paralelamente con ello los órganos van madurando a gran velocidad. El cerebro multiplica por tres su tamaño durante la infancia y alcanza el 90% del tamaño adulto a los dos años. En la última década se ha ido acumulando pruebas que apoyan que la nutrición de los niños durante los primeros meses de la vida tiene consecuencias metabólicas, en el desarrollo en la infancia tardía y la adolescencia y se ha relacionado con la aparición de enfermedades en la vida adulta.^{1 2}

El niño alimentado al pecho es el modelo de referencia que hay que seguir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños. La leche materna tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales. Actualmente la leche materna sigue siendo una sustancia compleja que, a pesar de todos los esfuerzos que se han realizado en el campo de la investigación, promoción y difusión, sigue siendo para las madres algo desconocido ya que no entienden bien sus mecanismos de acción, aunque probablemente el impacto real de la lactancia materna no pueda ser recogido por estudios que miden resultados parciales y en general a corto plazo.

No se puede olvidar que al hablar de alimentación no solo se está refiriendo al aporte de nutrientes sino que también implica la adquisición de unos hábitos de alimentación adecuados que van a tener bastante que ver con la relación que se establece entre el niño y sus padres.

Las madres adolescentes requieren información necesaria sobre la lactancia materna con la finalidad de que conozcan las ventajas y privilegios que tiene esta alimentación para que todas amamenten a sus hijos, y establecer las recomendaciones necesarias sobre la alimentación del lactante.

¹ . Lucas A, Morley R, Cole TJ, Gore SM, Lucas PJ, Crowle P, Pearse R. Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months. *Lancet*; 1990; 355: 1477-81

² . Lucas A, Brooke OG, Morley R, Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: randomised prospective study. *Br Med J*. 1990; 300:837-840

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES.

LACTANCIA MATERNA Y SUPERVIVENCIA INFANTIL.

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

Según estimaciones de la OMS, podrían salvarse en el mundo, más de un millón de vidas infantiles al año, si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros cuatro meses de vida.³

En general, las tasas de mortalidad infantil de las naciones pobres tienen cifras mucho más altas que las desarrolladas; también existen variaciones al interior de un país. Las causas son variadas, pero el tipo de alimentación es el principal factor que contribuye al estado de salud.

La OPS señaló que el riesgo de morir de los niños menores de un año alimentados artificialmente, es de 3-5 veces mayor que para los alimentados al seno materno. La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiesta por enfermedades diarreicas.

Solo en Latinoamérica hay más de 500 mil muertes anualmente en menores de cinco años, resultantes de infecciones intestinales. El riesgo de morir asociado con la alimentación artificial es de 14 veces mayor.⁴

Los antecedentes del estado actual de la Lactancia Materna y del alojamiento conjunto, así como del largo proceso de regreso al amamantamiento se fundamentan en los siguientes acontecimientos a nivel internacional:

³ INFORME DEL UNICEF SOBRE EL ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA, 1992 Boletín informativo, México D.F. Septiembre. 1993.

⁴ Grant J.P. ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA. UNICEF.. Edit. Siglo XXI. España 1984. p.p. 1-35.

1919.- La oficina internacional del trabajo, delineó en su convenio 93, la necesidad de que la mujer contara con dos periodos de media hora cada uno, para el amamantamiento de sus hijos, de igual manera, el convenio 103 proponía la creación de guarderías financiadas por la comunidad.

1977.- Las 140 naciones, miembros de la oficina internacional del trabajo revisaron los convenios por 1919 y sólo 26 países reafirmaron el convenio 103, en tanto que no lo hicieron para el convenio 93 de permisos para la Lactancia Materna durante la jornada laboral.

1979.- Se celebra el año Internacional del Niño y se llevan a cabo múltiples acciones en favor de la infancia.

En Ginebra la OMS y UNICEF, se reunieron con el Consejo Internacional de Industrias de Alimentos para Bebés, y acordaron que dichas empresas disminuirán sus actividades comerciales.

1981.- La OMS y UNICEF en Ginebra, promueven el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; cuyo artículo 6.6. solicita a los gobiernos establecer sólo pequeñas cantidades de sucedáneos para un número reducido de infantes, de tal manera que los suministros no interfieran con la Lactancia Materna de la población general.

1989.- Declaración Conjunta de la OMS-UNICEF, sobre la protección y apoyo de la Lactancia Natural, función especial de los servicios de Maternidad.

1990.- En la Cumbre Mundial de la Infancia celebrada en la Sede de las Naciones Unidas, se acordó promover la Lactancia Exclusiva hasta los 4-6 meses de edad y continuar amamantando ya con la introducción de otros alimentos hasta bien entrado el segundo año.

La reunión conjunta de OMS-UNICEF realizada en Florencia, culminó con la Declaración Innocenti que afirma: "Protegiendo, Promoviendo y Apoyando el Amamantamiento"; "Todos los Servicios de Maternidad deberán practicar los Diez Pasos de la Lactancia Natural Exitosa".

1991.- La 44 Asamblea Mundial de Salud, estableció la Alianza Mundial en favor de la Lactancia Materna.

En la segunda reunión del seguimiento, los compromisos adquiridos en la Cumbre Mundial de la Infancia, se planeó la Estrategia del Hospital Amigo del Niño.

1992.- La Asamblea Mundial de la Salud reafirmó que: “Durante los primeros 4-6 meses de vida, no se requiere ningún alimento líquido aparte de la Leche Materna, ni siquiera agua, para satisfacer las necesidades de nutrición del bebé normal”.

El informe de la UNICEF sobre el Estado Mundial de la Infancia 1992 dice: “Para un niño de una comunidad pobre; alimentado con biberón, las probabilidades de morir debido a una enfermedad diarreica o neumonía, son respectivamente, 15 y 4 veces más altas que para el niño alimentado exclusivamente con Leche Materna”.

Además se informó: “Las madres necesitan el apoyo de los Hospitales para ofrecer a sus hijos las mejores condiciones en sus primeros días de vida; pero para poder continuar la Lactancia Materna, también necesitarán el apoyo de sus patronos, de los sindicatos, de sus comunidades.... y de los hombres”.

2.2. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA EN MÉXICO

A partir de la iniciativa de la OMS y UNICEF en favor de la Lactancia Materna, en México se iniciaron una serie de acciones:

- El Derecho a la Salud lo establece el Artículo 4º de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos.

- La Ley General de Salud reglamenta el Derecho a la Protección de la Salud, que tiene toda persona que reside en el Territorio Mexicano.

- Artículo 61: Señala que la Atención Materno-Infantil es de carácter prioritario, comprendiendo acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.

- Artículo 64: Indica específicamente que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención Materno-Infantil, el sistema de Salud establecerá el fomento a la Lactancia Materna.

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

2.3. PROGRAMA NACIONAL Y COMITÉ NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA.

En 1989, se celebra el Programa con acciones dirigidas a lograr el retorno de la práctica de la Lactancia Natural. El eje del programa. es el Alojamiento Conjunto, para brindar la oportunidad del contacto precoz y permanente de la madre y el niño inmediatamente después del nacimiento y durante el tiempo que permanecen en la unidad hospitalaria por motivo del parto. Otro aspecto primordial, esta dirigido a cambiar las rutinas hospitalarias que obstaculizan la Lactancia Natural y la capacitación necesarias para realizar el cambio de actitudes y llevar a efecto a todas las acciones que se requieren.

Como parte de las estrategias para lograrlo, se elaboró y se distribuyó el MANUAL DE ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA a todo el país a todas las unidades hospitalarias que ofrezcan entre sus servicios la atención prenatal y del parto.

Como acción determinante para lograr la Lactancia a todos los niveles de atención a la salud, se realizan gestiones tendientes a la adecuación de la legislación vigente en lo general y en la seguridad social en lo particular, para garantizar la práctica de la Lactancia Materna en todas las madres, incluyendo la madre trabajadora.

Por lo que se refiere al Comité Nacional de la Lactancia Materna, tiene carácter temporal sus funciones son las siguientes:

- Proponer políticas generales, lineamientos y procedimientos de materia de Lactancia.

- Proponer las adecuaciones necesarias a la Legislación vigente, a fin de garantizar la Lactancia Materna.

- Establecer el Diagnóstico Situacional.

- Promover la creación de Comités Estatales de Lactancia.

- Promover la inclusión de contenidos temáticos sobre Lactancia en las profesiones del área de la Salud.

- Establecer procedimientos para la vigilancia del cumplimiento de la publicidad de los sucedáneos de la Leche Materna.

Para cumplir con lo anterior, se diseñaron estrategias operativas en cuatro vertientes:

a) Fortalecimiento Institucional: Tiene como objeto, modificar los problemas y obstáculos institucionales que propician el abandono precoz o el no inicio del amamantamiento mediante la implantación de los “Diez pasos para una Lactancia Natural Exitosa”.

b) Plan de Comunicación Educativa y Capacitación: Tiene como objeto la promoción de la Lactancia Materna a través de medios masivos, comunicación educativa y capacitación.

c) Participación Comunitaria: Tiene como objeto involucrar a diferentes grupos en la promoción de la Lactancia Materna y articularse con actividades afines que realicen las instituciones públicas y privadas.

d) Seguimiento Epidemiológico: Esta estrategia tiene como propósito elaborar un diagnóstico situacional de la Lactancia Materna en el grupo de lactantes menores de seis meses, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud y vigilar los cambios en encuestas subsecuentes.

En forma paralela a estas cuatro estrategia Básicas, se ha establecido coordinación con otros sectores.

2.4. PROGRAMA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE.

En 1989, la OMS y UNICEF redactaron pautas de conducta aplicables a los hospitales (“Diez pasos para una Lactancia Natural Exitosa “), tomando como base que la actuación del personal de salud constituye un importante ejemplo para millones de madres y que las actividades, realizadas durante la estancia de la

madre, después del parto, son determinantes para que una madre consiga amamantar.

La Iniciativa PROGRAMA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE, ofrece a la madre, durante la atención del embarazo, parto y puerperio, oportunidades para el ejercicio de la lactancia natural.

Para ello, deben erradicarse prácticas que desalienten la Lactancia Materna. Dentro de las prácticas hospitalarias que deben modificarse, se encuentran las siguientes:

- Separación de la madre y el niño al nacer y durante su estancia hospitalaria

- Ayunos prolongados Y alimentación rutinaria con biberón

- Horarios rígidos de alimentación.

- Capacitación deficiente del personal cuando se debe orientar a la madre sobre la Lactancia Natural y promoción que existía para el uso de Fórmulas infantiles.

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

- Garantizar una efectiva protección, promoción y apoyo a la Lactancia Materna.

- Desarrollar una verdadera cultura de la Lactancia Materna mediante cambios de actitud del personal de salud y en las madres.

- Desarrollar actividades de educación promoción para la salud, tendientes a elevar el nivel de salud madre-hijo.

- Identificar las oportunidades perdidas durante la estancia hospitalaria para optimizar las acciones de promoción y protección de la salud.

- Adecuar los servicios de la pediatría y obstetricia para implantar la Lactancia Natural.

- Sistematizar la experiencia del Programa.

- Investigación de factores de riesgo en el binomio madre-hijo y sobre el amamantamiento.

En forma esquemática las 25 actividades son:

1. Normas y procedimientos escritos, en materia de Lactancia Materna.
2. Capacitación personal.
3. Difusión de la Lactancia a embarazadas.
4. Iniciación de la Lactancia Materna dentro de la media hora después del parto.
5. Enseñar a la madre la técnica del amamantamiento y cómo mantener la Lactancia.
6. Lactancia Materna Exclusiva.
7. Alojamiento Conjunto.
8. Apoyo a la Lactancia cada vez que lo solicita.
9. Erradicación del uso de biberones.
10. Formación de grupos de apoyo a la Lactancia con los cuales contacta la madre a su egreso.
11. Control prenatal con detección del embarazo de alto riesgo
12. Atención institucional del parto.
13. Atención del Puerperio.
14. Esquema de vacunación.
15. Vigilancia del crecimiento y desarrollo.
16. Detección de CACU y mamario.
17. Orientación Nutricional.
18. Promoción del uso de vida suero oral.

- 19 Prevención y control de enfermedades Respiratorias agudas.
20. Promoción de la planificación familiar.
21. Capacitación.
22. Estudios de mortalidad materna y perinatal
23. Sistematización de la experiencia.
24. Identificación de oportunidades perdidas.
25. Investigación y Sistematización.

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

“Contribuir al mejoramiento de la salud Materno-Infantil y a la reducción de su morbilidad y mortalidad, mediante la formación capacitación de recursos humanos que promuevan, fomenten, protejan la lactancia materna y realicen cambios en las prácticas profesionales y hospitalarias”.

El primero de enero de 1993, el primer hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud es el primer “Hospital amigo del niño”.

Paralelamente, los productores de sucedáneos de la leche materna decidieron suspender la producción gratuita y la venta a bajo precio a partir del primero de enero de 1992. Se dio a conocer el comunicado emitido por el Dr. Jesús Chúmame Rodríguez, que a la letra dice: Los productores de formulas infantiles de México, suspenden la estrategia de sucedáneos de leche materna en todos hospitales del Sistema Nacional de Salud a partir del 10 de Enero de 1992.

- No se venderán sucedáneos de Leche Materna a precios por debajo de lo que regularmente se aplican en la comercialización de cada empresa.
- No se permite la comercialización de sucedáneos de la leche materna en los Servicios de Salud.
- Se debe establecer la promoción de la alimentación al seno materno.
- Se debe establecer en todo los casos no complicados el Alojamiento Conjunto.
- Se debe establecer la vigilancia del puerperio y el control del Crecimiento Desarrollo del Niño.
- Asumir papel activo en lo que se refiere a amamantar al bebé.

En agosto de 1994, México reportó 93 Hospitales Amigos del Niño ya reconocidos.⁵

2.5. PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN MICHOACAN.

Se han establecido COMITES ESTATALES DE LACTANCIA MATERNA, con el propósito de coordinar, promover y fomentar las acciones de Lactancia Materna de acuerdo a las características locales, adecuando la normatividad a la realidad regional.

COMITE ESTATAL DE LACTANCIA MATERNA

El grupo Estatal Interinstitucional de Salud Reproductiva conformado por las Instituciones del Sistema Estatal de Salud, el Consejo Estatal de población y las organizaciones y Asociaciones no gubernamentales que desarrollan actividades en salud reproductiva tiene como uno de sus objetivos el fortalecer la Lactancia Materna.

En cumplimiento a este objetivo y a lo dispuesto por el art. 3º párrafo VII del acuerdo 121 por el cual se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna, publicado en el diario oficial de la Federación. el lunes 8 de Mayo de 1995. se instala el Comité Estatal de Lactancia Materna conformado en el marco del grupo Interinstitucional de Salud reproductiva por las instituciones y organizaciones no gubernamentales que lo integran.⁶

2.6. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LAS GLANDULAS MAMARIAS

“Las glándulas mamarias son glándulas sudoríferas modificadas (tubuloalveolares ramificantes) que se sitúan sobre los músculos pectoral mayor y serrato anterior, a los cuales se unen con una capa de tejido conectivo”.⁷

En su estructura interna cada una esta formada por 15 a 24 lóbulos, dispuestos en orden más o menos radial y separados por una cantidad variable de tejido graso.

⁵ Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Informe de Progreso.

UNICEF, Abril, 1994.

⁶ Acta de la Ceremonia de Instalación del Comité Estatal de Lactancia. Materna p.p.1. Morelia, Mich.,Septiembre de 1995.

⁷ TORTORA, J. Gerardo, ANAGNOSTAKOS, P. Nicholas, Principios de anatomía y Fisiología, Editorial Harla, p.942-943.

La cantidad de éste es el factor del depende el tamaño de las mamas, que no guarda relación alguna con la cantidad de leche que se produce durante la lactación. En cada lóbulo hay otros comportamientos más pequeños, los lobulillos compuestos por tejido conectivo en el que están incluidas las células secretoras de leche, o sea los alvéolos. Entre los lobulillos, se observan haces de tejido conductivo, los ligamentos suspensorios de las glándulas mamarias (ligamentos de Cooper), que siguen un trayecto entre la piel y la fascia profunda para brindar sostén a las mamas.

Los alvéolos vacían la leche en un conjunto de túbulos secundarios, de los cuales pasa a los conductos mamarios. Conforme éstos se acercan al pezón, se expanden para formar senos llamados ampollas, en los que suele almacenarse la leche. Las ampollas se continúan con el nombre de conductos lactíferos (galactóforos), que terminan en el pezón. Cada conducto galactóforo conduce la leche de uno de los lóbulos hacia el exterior. El área circular pigmentada de piel que rodea al pezón es la areola, cuyo aspecto rugoso se debe a que contiene glándulas sebáceas modificadas”.

Desarrollo de las glándulas mamarias.

“Al momento del nacimiento, las glándulas mamarias no presentan desarrollo en ninguno de los sexos y tienen el aspecto de pequeñas prominencias torácicas. Con la pubertad se inicia su desarrollo en la mujer. La maduración de sistema de conductos, la formación de grandes depósitos de grasa, el crecimiento y pigmentación del pezón y areola son cambios que guardan correlación con el aumento de la secreción de estrógenos por parte de los ovarios.

La continuación del desarrollo mamario tiene lugar al alcanzarse la maduración sexual, con el inicio de la ovulación y la formación del cuerpo lúteo. Durante la adolescencia, el aumento en las concentraciones de progesterona hace que los alvéolos proliferen, aumenten de tamaño e inicien su actividad secretora. Además se continúa depositando la grasa con lo que aumenta el tamaño de los senos. Aunque los cambios en su desarrollo guardan relación con la secreción ovárico, de estrógenos y progesterona, la regulación de esta corresponde a la hormona folículoestimulante, que se secreta como respuesta a la hormona liberadora de gonadotropina hipotalámica”.⁸

5.7. LACTANCIA

La lactancia es el período que se presenta después del parto ó uno o dos días antes de éste; en el que los senos de la mujer se encuentran en condiciones de amamantar a su hijo; produciendo un líquido amarillento al inicio llamado calostro y dos o tres días después se presenta la salida de leche, que sirve como alimento único para el recién nacido por lo menos durante los primeros meses.

⁸ Ibidem, p.942-943.

Fisiología y desarrollo de las mamas al inicio de lactancia.

Generalmente "...durante los dos primeros días después del parto los senos no contienen leche sino una pequeña cantidad de calostro que puede expresarse de los pezones. En comparación con la leche madura secretada, posteriormente, el calostro contiene más proteína gran parte de la cuál es globulina, y más minerales, pero menos azúcar y grasa. Sin embargo contiene lóbulos bastante grandes de grasa dentro de los llamados corpúsculos del calostro que algunos consideran como células epiteliales con degeneración adiposa, en tanto que otros lo clasifican como fagocitos mononucleares que contiene una cantidad considerable de grasa..."⁹ La secreción de calostro persiste alrededor de los tres primeros días después del parto y gradualmente se va convirtiendo en leche madura. El calostro contiene Inmunoglobulina A (IgA) y probablemente esta sea la que le confiere una inmunidad contra las infecciones gastrointestinales.

Durante el embarazo el crecimiento de la glándula mamaria es promovida por los estrógenos y la somatotropina coriónica humana, que se produce por la placenta. Los estrógenos estimulan el desarrollo del sistema de conductos y la progesterona el sistema alveolar.

"Con la expulsión de la placenta se presenta un decremento súbito de los niveles circulantes de estrógenos, progesterona, somatotropina coriónica. La supresión de éstas hormonas, junto con la secreción de prolactina por la hipófisis, sirve para iniciar la lactación durante los primeros estadios del puerperio".¹⁰

"De todos los cambios puerperales, los de las mamas se encuentran dentro de las más espectaculares. Entre el segundo y cuarto día después del parto las mamas se ingurgitan, aumentando su volumen, y adoptan un color azulado, debido al gran incremento de la vascularidad. La pigmentación areolar aumenta y es frecuente la hipersensibilidad".¹¹

Función de la prolactina al inicio de la lactancia.

Los estrógenos y progesterona son esenciales para el desarrollo de las mamas estas tienen el efecto de inhibir la leche. Por el contrario la prolactina promueve la secreción de leche."...La prolactina es producida por la hipófisis y su concentración materna aumenta de manera constante desde la quinta semana del embarazo hasta el parto, cuyo aumento llega a ser unas diez veces superior al normal".¹²

⁹ NUÑEZ, Maciel Eduardo, Ginecología y Obstetricia, Editorial Méndez Editores, p.234-235.

¹⁰ NUÑEZ, Maciel Eduardo, Ginecología y Obstetricia, Editorial Méndez Editores, p.235.

¹¹ Ibidem, Obra citada en la página anterior .p.235

¹² GUYTON, Tratado de Fisiología Médica, Interamericana Mc Graw-Hill, p.968.

“Después de nacer el niño la pérdida súbita de la secreción de estrógenos y progesterona por la placenta permite que el efecto lactógeno de la prolactina adopte su función natural de fomento de la producción de leche, y en plazo de uno a siete días las mamas secretan cantidades copiosas de éstas”.¹³

“Cada vez que la madre amamanta al niño (a) las señales nerviosas que desde los pezones van al hipotálamo causan un aumento brusco de hasta unas 10 a 20 veces más de la secreción de prolactina, que dura alrededor de una hora. Esta prolactina actúa a su vez sobre las mamas a fin de proporcionar leche para el siguiente periodo de lactancia.

Si no se presenta este aumento brusco de prolactina, si se bloquea por daño hipotalámico o hipofisiario o si no se continúa la lactancia en pocos días las mamas pierden su capacidad para producir leche. Por el contrario si el niño sigue mamando la producción de leche puede continuar durante varios años aunque en condiciones normales disminuye en forma considerable en el transcurso de siete a nueve meses”.¹⁴

Reflejos que intervienen en la lactancia

“La alimentación al pecho funciona por varios reflejos:

En la madre:

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

En el bebé:

- 1.- Reflejo de búsqueda.
- 2.- Reflejo de succión.
- 3.- Reflejo de deglución.

Reflejo productor de leche:

Los pechos producen la leche según las necesidades del bebé y en respuesta a que mame. Cuando el bebé mama, se estimulan las terminaciones de los nervios sensitivos que están en el pezón. De esta manera, los impulsos viajan a lo largo de las fibras nerviosas sensitivas del vago al hipotálamo que está en la base del cerebro. Esto ocasiona que la pituitaria anterior libere la hormona prolactina en la sangre. Esta lleva la prolactina a la mama en donde es probable que actúe directamente sobre las células productoras de leche. Por lo tanto entre más mame un niño, más prolactina se libera y más leche se secreta.

Reflejo de eyección de leche:

¹³ Ibidem, p.968.

¹⁴ Ibidem, p.968.

La madre misma sin saberlo, impulsa hacia afuera la leche para el niño por medio de este otro reflejo. Los impulsos de los nervios sensitivos que se originan al chupar el niño el pezón, hacen que la parte posterior de la glándula pituitaria libere en la sangre la hormona oxitocina. Esta hormona hace que se contraigan las células mioepiteliales que están alrededor de los alvéolos y conductos mamarios. La madre puede sentir cuando esta sucediendo todo esto a manera de una tensión o sensación de pellizcos detrás de los pezones. Algunas veces es tanta la presión que la leche sale en chorros finos. El bebé ejerce por lo tanto poca succión y sólo estimula el pezón para después concretarse a beber la leche que fluye.

Algo importante que hay que tener en cuenta acerca del reflejo de eyección es que se le puede inhibir o bloquear con mucha facilidad. Este reflejo esta íntimamente ligado a los reflejos sexuales. La estimulación sexual puede hacer que se secrete oxitocina de la pituitaria posterior y de esta manera hacer fluir la leche. La conexión sexual también funciona al contrario y muchas mujeres tienen sensaciones sexuales mientras amamantan”.¹⁵

Factores que afectan los reflejos maternos.

Sin duda uno de los factores que más afectan la producción de la leche es el estado psicológico de la madre, si la madre está angustiada por alguna causa su producción de leche será mínima o nula, en cambio si se encuentra tranquila y optimista tendrá una producción de leche adecuada para las necesidades de su bebé, esto teniendo en cuenta una buena alimentación.

Es posible que la adrenalina que se libera como respuesta a los estímulos que le producen angustia a la madre, haga que los vasos sanguíneos de alrededor los alvéolos se contraigan y no dejen pasar la oxitocina a las células mioepiteliales, las cuales no se contraen. En vez de esto los alvéolos se contraen y no expulsan la leche hacia fuera.

“Sucede también que cuando una madre oye llorar a su bebé siente una tensión y pellizcos en sus pezones y le comienza a escurrir la leche, muestra de su acondicionamiento. Cuando alimenta a su bebé en horas fijas durante el día, su reflejo de eyección le avisa cuando ya es hora de amamantarlo.”¹⁶

El volumen de producción de leche.

“La cantidad de leche que una madre produce depende cuánto mame el bebé. Esto se debe a que la secreción de prolactina a través del reflejo de producción de leche esta sujeto al estímulo de mamar. Si el bebé no mama seguido, el pecho produce poca leche. Por el contrario, si el bebé esta fuerte, con vigor y hambre, y

¹⁵ HELSING, Elizabet, SAVAGE, King Felicity, Guía Práctica para una buena lactancia, Editorial Pax México, p. 42-43.

¹⁶ HELSING, Elizabet, SAVAGE, King Felicity, Guía Práctica para una buena lactancia, Editorial Pax México, p. 42-43.

mama frecuentemente se produce más prolactina y consecuentemente hay más leche. Cada mujer tiene una cantidad máxima que puede secretar. De igual manera la cantidad que puede producir es susceptible de cambiar según el número de hijos que ha tenido, su estado nutricional y su edad”.¹⁷

Ventajas de la alimentación al pecho.

Económicas:

“La desventaja más seria de la alimentación artificial es su elevado costo. Y es aún más cara cuando la fórmula está modificada para reducir las diferencias más gruesas y más peligrosas de la leche de vaca respecto a la humana. Cualquier fórmula razonablemente modificada es simplemente demasiado cara para el consumidor pobre. En cambio la alimentación al pecho es más barata que la artificial aún tomando en consideración el alimento extra requerido por la madre lactante...”¹⁸

“El costo global que implica tratar los padecimientos agregados que podrían prevenirse con la alimentación natural, debe ser proporcionalmente enorme. El exceso de infecciones respiratorias, otitis, eccema y probablemente asma, debe ser una sangría velada de los recursos sanitarios de todos los países por igual, ricos y pobres. La importación de antibióticos al igual que las fórmulas lácteas, absorben las escasas divisas nacionales. Los peligros sobresalientes de la alimentación artificial resulta de su incompatibilidad con la pobreza. Sin embargo, ni siquiera la fórmula mejor preparada y de mejor calidad puede equipararse con sus bondades a la “viva sangre blanca”, que es la sangre humana.”¹⁹

Previene de infecciones y desnutrición:

“...Cuando no hay refrigeración ni agua corriente ni suficiente combustible para la limpieza de los biberones, éstos se convierten en instrumentos letales para el bebé, por transmitirle múltiples infecciones, principalmente del tracto gastrointestinal.”²⁰

La protección que confiere la leche materna contra enfermedades serias en los primeros meses de vida extrauterina es sorprendente pues hasta ahora no se ha encontrado un sustituto que lo iguale.

Protección contra alergias:

“La gastroenteritis y las infecciones respiratorias no son los únicos problemas más frecuentes entre los niños alimentados artificialmente. También son muy comunes los problemas de alergia. Probablemente abarque muchos tipos de alergia pero se

¹⁷ Ibidem, p. 47.

¹⁸ Ibidem, p.213.

¹⁹ Ibidem, Obra citada en la página anterior. p. 219.

²⁰ Ibidem, p. 216.

ha podido demostrar más claramente con los problemas de eccema, que hace su aparición en forma temprana. Se ha demostrado que la incidencia del eccema en los niños que provienen de familias con una fuerte historia del problema, se reduce cuando los bebés son alimentados exclusivamente al pecho durante los seis primeros meses de vida. El mecanismo de esta protección no está completamente claro pero podría ser porque en los recién nacidos el sistema inmunitario de la IgA es relativamente inmaduro y esto les permite que se vuelvan sensibles a proteínas extrañas.

Planificación familiar:

Tiene un efecto sobre la prevención de demasiados embarazos y en rápida sucesión. La prolactina que secreta la pituitaria anterior, en respuesta a la succión, tiene un efecto inhibitorio sobre la ovulación.

Psicológicas:

La alimentación al pecho es de gran valor psicológico tanto para la madre como para el niño, aún en las clases sociales en las que la alimentación artificial puede practicarse sin peligro de infecciones por causas antihigiénicas nada puede sustituir ese contacto tan estrecho. Para muchas madres lactantes el amamantar a su bebé es una manera esencial para expresarle su amor. A través de la intimidad de la lactancia, la madre puede fácilmente darle su calor y hacerle sentir su protección, nutriéndole su alma con amor y seguridad a la vez que con alimento su cuerpo. Desde luego que una madre que alimenta a su bebé con biberón puede darle gran parte del contacto que necesita, siempre y cuando esté consciente de su importancia; pero la alimentación al pecho se lo da automáticamente. Esta relación tan íntima puede tomarse como la continuación lógica del embarazo. Los bebés demuestran su gozo por el contacto corporal con el gozo que manifiestan cuando uno los carga. Al estar cargados sienten el calor humano, los movimientos y los sonidos de su entorno, cuya importancia tanto antes como después del nacimiento apenas estamos empezando a comprender...²¹

Otra ventaja muy importante es que esta leche puede ser dada a libre demanda al niño sin necesidad de preocuparse por causarle alguna indigestión, el niño poco a poco se irá habituando a un horario sin que el adulto se lo tenga que imponer. También hay que tener en cuenta que esta leche siempre estará a la temperatura adecuada para el niño y puede ser proporcionada en cualquier lugar.

Contraindicaciones de la lactancia.

En la madre:

Enfermedades crónicas como tuberculosis, padecimientos del corazón, y nefritis avanzada.

En cuanto al recién nacido tenemos:

²¹ Ibidem, p.218

Incapacidad para succionar por debilidad y prematurez, labio leporino y paladar hendido.

Cuando la madre trabaja no significa que debe privar al niño de beber esta leche, en este caso lo que debe hacer es extraerse la leche en un recipiente antes de irse a trabajar y almacenarla en el refrigerador para que el niño pueda ser alimentado durante su ausencia, esto también se hace cuando el niño se encuentra hospitalizado en caso de que pueda ingerir oralmente.

Técnica para la alimentación al seno.

“Los factores en los que se debe hacer énfasis para la alimentación al seno son los siguientes:²²

1. La madre debe de lavar sus manos muy bien con agua y jabón antes de empezar a darle el pecho a su hijo. También lavará sus pezones con agua hervida de preferencia.
2. Debe estar sentada o acostada cómodamente. En esta última posición estará sobre los lados apoyada sobre el brazo.
3. Se permite que el pecho toque suavemente la mejilla del pequeño para que voltee en esa dirección para succionar (reflejo de búsqueda). El bebé debe tomar todo el pezón y parte de la areola en su boca y permanecer despierto. (El pezón quedará en la punta de su lengua).
4. El bebé aumenta poco a poco su tiempo de alimentación de tres a siete minutos el primer día hasta diez a veinte minutos después. (Cada mama se vacía por lo general entre cinco a diez minutos). La madre debe hacer para atrás el tejido restante de la glándula mamaria para quitarlo de la nariz del bebé y que pueda respirar sin dificultad.
5. Se hace que el bebé eructe por lo menos dos veces durante la alimentación.
6. Para retirar el bebé del pecho, se presionan suavemente sus mejillas o se hace que la madre meta su dedo meñique en la boca para romper la succión.

NOTA: La habitación deberá estar en calma y no se molestará a la madre mientras alimenta a su niño.”

Requerimientos energéticos del lactante.

Los requerimientos de los lactantes son los siguientes:

Hasta tres meses de edad	120kcal/kg.
De cuatro a nueve meses	110kcal/kg.
De diez a doce meses	100kcal/kg.
De uno a tres años	1300kcal. al día.

²² THOMPSON, E.D., Enfermería Pediátrica, editorial Interamericana, p. 66.

Fuente: ILLINGWORTH, Ronald S., El niño normal, Manual Moderno, tercera edición p. 58.

2.8. ALIMENTACION CON LECHES DIFERENTES A LA HUMANA

En la actualidad las leches disponibles para la alimentación de los niños, son de tres tipos: no modificadas, humanizadas y modificadas. En las no modificadas se preserva la composición original de las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono, mientras que en las humanizadas se altera la composición de éstos nutrimento, hasta hacerlos cuantitativamente semejantes a los que contiene la leche humana. Aunque las leches humanizadas pueden considerarse modificadas, en este último grupo se incluyen sólo aquéllas en las que en su procesamiento se le substraen la grasa y /o las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono, o se llevan cambios cualitativos en estos nutrimento.

Contenido de las leches.

Ante la necesidad de ofrecer a un niño una alimentación láctea artificial, es recomendable tener en cuenta su edad y las particularidades bromatológicas de la leche que se empleará como sustituto, ya que de esta manera es factible seleccionar un producto acorde a las demandas nutriológicas y a las características fisiológicas del niño lactante.

Comparación de la composición de la leche humana, la de vaca y artificiales:

Nutrimento	Leche Humana	Leche de Vaca
Energía (cal/dl)	72.5*	66.7*
Proteínas (g/dl)	1.1	3.5
Caseína (%)	40	82
Proteínas del suero (%)	60	18
Grasas (g/dl)	4.5	3.7
Ac. Grasos no saturados (%)	53	41
Ac. Grasos saturados (%)	47	59
Lactosa (g/dl)	6.8	4.9

Fuente: VEGA, Franco Leopoldo, Alimentación y nutrición en la infancia, Edit. Francisco Méndez Cervantes, 1991, p. 107.

*Cálculo hecho a partir de los nutrimentos estimados.

Para conocer el contenido exacto de los nutrimentos de las leches artificiales es necesario observar las etiquetas de las fórmulas de las latas.

El agua que contiene la leche humana es del 87.5%, y la de vaca es de 87%.

En el cuadro anterior se aprecia que las proteínas son tres veces más elevadas en la leche de vaca, debido a que esta tiene una mayor concentración de caseína. Como contraste, la leche humana contiene una mayor de lactosa y la mitad de sus grasas están constituidas por ácidos grasos insaturados.

La composición de las grasas suele variar ampliamente en ambas leches; en la leche humana difiere de manera importante, tanto de mujer a mujer como también entre muestras tomadas de la misma persona a diferentes horas del día. En lo que respecta a vitaminas y minerales, existen también algunas diferencias en su composición. Cabe hacer énfasis en que la cantidad de nutrimento contenidos en un volumen de leche humana que permite asegurar un crecimiento óptimo a estas edades, es precisamente el criterio que se sigue al establecer las recomendaciones.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

El crecimiento y desarrollo del niño implica un conjunto de cambios somáticos y funcionales, como resultado de la interacción de factores genéticos y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Cuando las condiciones de vida son favorables (físicas, biológicas, nutricionales y psicológicas.), el potencial genético puede expresarse de manera integral, y por el contrario si éstas son favorables, la expresión se verá disminuida.

El crecimiento se entiende como el aumento del peso y de las dimensiones de todo el organismo y de sus partes; se mide en centímetros, en kilogramos o en términos metabólicos. También se define como el aumento en masa del individuo, en relación con unidades de medida y en función de un tipo determinado. El crecimiento depende del tamaño y número de células.

El desarrollo implica la diferenciación y madurez de las células que se traducen en el perfeccionamiento de sus funciones; depende de la herencia y de la experiencia.

Factores que determinan el crecimiento y desarrollo

Son tres los factores fundamentales:

- 1) La herencia: La vida del nuevo ser se inicia cuando el óvulo es fertilizado por el espermatozoide. Las nuevas células se originan tanto del padre como de la madre, y poseen genes de ambos. La herencia es la resultante de las características que existen en los genes que modifican estructuras y transmiten los rasgos heredados.
- 2) Acción del sistema nervioso: Su función es mantener el equilibrio existente entre los dos grupos glandulares y los sistemas nervioso simpático y para simpático. Existen dos grupos glandulares el primero de los cuales esta formado por la corteza de las glándulas suprarrenales, el bazo, la parte insular del páncreas, las glándulas linfáticas, el hígado, la hipófisis y las gónadas, sobre ellos actúa el sistema nervioso parasimpático.
- 3) El otro grupo los integran las glándulas tiroides e hipófisis (por sus hormonas del crecimiento), la porción medular de las glándulas suprarrenales y las paratifoideas; sobre ellas actúa el sistema nervioso simpático y favorecen las combustiones y el catabolismo orgánico.

El ambiente: Lo constituyen tres elementos:

1. El microambiente: éste actúa desde que se concibe al nuevo ser, y en él se incluyen la alimentación y la salud física de la madre, así como elementos nocivos y benéficos que pueden influir sobre el crecimiento y desarrollo.
2. Matroambiente: La influencia de la madre en relación con su educación y actitudes es un factor ambiental de gran trascendencia.
3. Macroambiente: Esta constituido por los factores ambientales generales entre los cuales destaca de manera principal la buena nutrición, el consumo y la utilización adecuada de los alimentos.

El crecimiento y el desarrollo dependen en gran parte de que se proporcionen al niño los nutrientes adecuados, y esto a su vez guarda íntima relación con la estructura biológica, social y cultural del ambiente en que vive el niño.

Factores que afectan negativamente el crecimiento y desarrollo.

Factores genéticos y neuroendocrinos.

El crecimiento y desarrollo de un individuo es influenciado en forma importante por los factores genéticos y neuroendocrinos que, a su vez, sufren modificaciones en su interacción con el medio ambiente en el sentido de potencializar, desviar o anular su efecto.

La información contenida en la información de la célula autosómica humana (diploide) es replicada y transmitida a través de las células sexuales (haploides), determinando un potencial de crecimiento y desarrollo susceptibles de modificar bajo la acción de diversos factores ambientales y neuroendocrinos. La edad de los padres, la desnutrición materna, su grado de paridad, la drogadicción o alcoholismo, la anoxia intrauterina o perinatal, las infecciones vírales y algunos agentes químicos pueden originar trastornos que simulan alteraciones genéticas puras o modifican éstas en diverso grado.

La presencia de una alteración en los procesos de replicación o transcripción de los genes dará lugar a una información errónea que se traduce en defectos al nacimiento; estos pueden ser muy evidentes, como falta de cromosomas completos o fragmentos de ellos, presencia de cromosomas supernumerarios, etc.; que dan origen a entidades bien reconocidas y que afectan al fenotipo; o pueden existir alteraciones más finas que afectan a un sólo gen o a un par de ellos y que, sin causar anomalías en la apariencia externa, sí condicionan un genotipo anormal y alteraciones en alguna ruta metabólica.

Los factores neuroendocrinos no pueden sustraerse a la influencia del aspecto genético ya descrito y forman un complejo íntimamente relacionado entre sí, ya que la estimulación que genera un impulso nervioso puede desencadenar una respuesta de los dos sistemas (nervioso u hormonal); si bien en el primer caso la respuesta es inmediata, mientras que en el sistema endocrino requiere de cierto tiempo para integrarse y su efecto puede prevalecer tiempo después de que haya cesado el estímulo original. Además requieren de la participación de mecanismos medidores que se originan en el hipotálamo y, a través de vías aferentes, llegan a un órgano específico que, a su vez, estimula en forma directa las glándulas blancas.

Estos estímulos pueden también ser generados por la acción de factores externos, ambientales o psicógenos.

Por otro lado, la secreción de factores liberadores hipotalámicos tiene una importante función en la producción de hormonas estimulantes específicas, como la adrenocorticotropa, la luteoestimulante, la folículoestimulante, así como la hormona de crecimiento que actúa incrementando el volumen celular mediante la síntesis proteica en todos los tejidos susceptibles de crecer, con disminución en la

utilización de hidratos de carbono y mayor movilización de las grasas como uso de energía.

La hormona somatotropa constituye un 4 a 10%, del peso de la glándula hipófisis desecada, de cada hipófisis se extrae un total de 4 a 10mg de hormona.

Las hormonas sexuales desempeñan un importante papel en el crecimiento y desarrollo a partir de la adolescencia.

El crecimiento también puede verse retrasado por deficiente secreción de hormona tiroidea, que se manifiesta por la aparición de cretinismo.

Factores ambientales:

Desde la concepción hasta el término de la adolescencia, el crecimiento y desarrollo del embrión, feto y niño están sometidos a la acción de numerosos factores que los afectan positiva o negativamente, especialmente si actúa en los periodos críticos. Analizaremos algunos de ellos a través de los diferentes ambientes prenatales y postnatales.

Microambiente prenatal:

Si comparamos al recién nacido de bajo peso de nacimiento con edad gestacional con el recién nacido normal, encontraremos que el primero tiene defectos metabólicos caracterizados por menor capacidad energética y una actividad limitada en la síntesis proteica. La placenta no parece sufrir de "insuficiencia", sino que es más pequeña, sustituyendo la menor cantidad de masa por un aumento de la capacidad funcional.

Las patologías que pueden afectar al crecimiento son las anomalías congénitas o cromosómicas, enfermedades placentarias, toxemia gravídica, nefropatía, hipertensión arterial, etc.

Matroambiente:

Un crecimiento normal intrauterino requiere un peso normal materno (el peso bajo y sobrepeso inicial aumentan el riesgo de recién nacido de bajo peso). Luego durante su gestación debe haber una ingesta proteica total de 80 a 90gr., pues en caso contrario aumentará la proporción del recién nacido de bajo peso.

En calorías, lo mínimo serán 2000 calorías, agregando 200 calorías en el último trimestre, periodo de máxima velocidad del crecimiento del peso fetal.

Por otra parte, si el aumento de peso es exagerado (de 8 a 10kg. es lo adecuado), puede favorecer el nacimiento de un producto macrosómico.

Papel de la madre:

La madre desempeña un papel determinante en los primeros años; dentro del seno familiar, es la madre la que llena inicialmente sus necesidades más elementales tanto físicas como psicológicas. Ella es quien le proporciona el alimento, el abrigo y lo protege del medio ambiente; le brinda afecto y administra los estímulos que proporcionan al niño la madurez adecuada a su sistema perceptual.

En las relaciones madre niño se establecen los cimientos de las relaciones sociales del adulto. Por tal razón, la personalidad de la madre es importante en la formación de la personalidad del niño. Sus intereses y actitudes ante el matrimonio, el embarazo y el hijo serán definitivos.

La satisfacción adecuada de las necesidades del hijo, un cuidado constante en la medida que este la necesite, una separación gradual creando sentimientos de independencia, confianza y seguridad, estimulando su capacidad de logro, fomentando su iniciativa permitirán el desarrollo sano y armonioso de su personalidad.

Cuando no sucede así, cuando la infancia de la madre se encontró llena de frustraciones y de odios y sus necesidades a su vez no fueron satisfechas, o cuando presentan un cuadro de neurosis, las relaciones con sus hijos son inadecuadas y manifiestan conductas de rechazo, sobreprotección, indiferencia; se comporta autoritaria y transmite su ansiedad, lo cual da origen en el niño a una personalidad mal estructurada y enfermiza.

Microambiente familiar:

La familia es la célula fundamental de la sociedad; dentro de ella crecemos y nos desarrollamos, a través de ella nos ponemos en contacto con la sociedad. La familia, señala Ackerman, construye lo esencialmente humano del hombre.

Dentro de nuestra cultura se está evolucionando de una familia numerosa hacia una familia nuclear, formada por el padre, la madre y los hijos.

Las relaciones que se dan entre ellos son de tres tipos fundamentalmente:

- a) Relaciones de padres entre sí.
- b) Relaciones entre padres e hijos.
- c) Relaciones de hermanos entre sí.

Crecimiento y desarrollo intrauterino.

Una vez que se fusionan las células originales masculinas y femeninas, los 46 cromosomas se dividen por la mitad y forman dos nuevas células, cada una de las cuales tiene 46 cromosomas que se producen mitad del padre y mitad de la madre.

Cuando la primera división de las células no sucede correctamente o se pierde parte de un cromosoma, puede resultar una mutación cuyas consecuencias pueden ser una malformación o la producción de un aborto.

Formación del embrión:

A partir de la división inicial de las primeras células se repite el proceso hasta que se forma una esfera hueca llamada blastocito, de cuya capa superior se origina el embrión y de la restante la placenta.

Conforme el blastocito aumenta de tamaño, se desliza por la Trompa de Falopio y normalmente llega hasta el útero.

Tres días después de que el blastocito llega al útero, se adhiere a la membrana mucosa que lo recubre y anida en ella.

El blastocito bien adherido a la matriz sigue su desarrollo, se aplasta y toma forma de un disco del cual se origina el embrión.

A las dos semanas de edad el disco embrionario tiene una capa externa situada arriba y llamada ectodermo, de donde van a formarse el sistema nervioso, el pelo y las uñas, y otra capa interna colocada abajo y llamada endodermo de la cual se forman los aparatos respiratorio y digestivo y varias glándulas orgánicas.

Al poco tiempo en medio de esas dos capas se forma una tercera llamada mesodermo, a partir de la cual se desarrollan los músculos, las pleuras y el peritoneo.

Dispersas entre los tejidos citados anteriormente se encuentran unas células que se llaman mesenquimatosas a expensas de las cuales se forman los huesos, el corazón, los vasos sanguíneos y el cartílago.

A las tres semanas de edad se empiezan a formar el cerebro y el corazón. En la mitad de la capa endodérmica se forma un surco ó conducto neural, del cual va a resultar el sistema nervioso central; en un extremo se forma el cerebro y en el otro la médula espinal.

A las cuatro semanas de vida intrauterina a ambos lados del surco neural se forman los músculos y los huesos.

El tubo digestivo se forma en el endodermo.

En esta etapa el embrión tiene una cabeza y una especie de cola y ya se ven los comienzos del ojo, del oído y del maxilar. En la parte inferior esta el abultamiento del corazón.

Para esta fecha el embrión mide seis milímetros y se puede reconocer en él la presencia de todos los órganos.

A las seis semanas la cabeza equivale a la tercera parte de toda la longitud del embrión.

Los ojos están situados a los lados y abajo de ellos hay una depresión que corresponde a los oídos; debajo de la cabeza se ve un abultamiento que corresponde al hígado y al corazón. Se inicia la formación de los brazos y de las piernas, en forma de aletas, las manos semejan unas paletas. Si por alguna razón la madre ingiere en esta etapa algún tóxico las extremidades dejan de crecer.

Al parecer los arcos braquiales, de cuyo primer par se forma el maxilar inferior, del segundo par resulta el oído. Como en esta etapa también se origina el maxilar superior una falla en el desarrollo puede originar labio y /o paladar hendido.

Formación del feto.

A los dos meses (ocho semanas) el nuevo ser deja de llamarse embrión y se convierte en feto; ya tiene forma humana y mide tres centímetros, claramente se ven sus ojos, oídos, nariz, manos, pies y dedos.

Los huesos del tronco y de las extremidades empiezan a formarse como cartílagos, que después se irán osificando.

A esta edad se desarrollan los músculos, y el feto empieza a moverse, aunque en forma imperceptible para la madre. El peso del hígado representa la décima parte del peso total del cuerpo.

El músculo diafragma se cierra y separa el tórax del abdomen (cuando esto ocurre pueden presentarse hernias diafragmáticas).

Aunque el sexo queda determinado en el momento de la fecundación, hasta los dos meses las glándulas sexuales o gónadas antes indiferenciadas se convierten en testículos o en ovarios. Cuando la diferenciación de dichos órganos se hace de manera imperfecta se producen diversas malformaciones; y así puede nacer un niño con genitales que a simple vista no se sabe a que sexo pertenece.

A los tres meses de edad se forman los rudimentos de los dientes temporales que harán su aparición exterior a través de las encías alrededor del séptimo mes de vida extrauterina.

También aparecen los cartílagos de la laringe, traquea y cuerdas vocales, estas cuerdas completan su desarrollo a los seis meses de vida extrauterina.

A esta edad el hígado del feto produce glóbulos rojos y se forman las glándulas del estómago y del hígado, que fabrican los jugos digestivos.

Las células del páncreas ya producen insulina, también se forma el riñón definitivo y con ello aumenta el líquido amniótico.

Al final del tercer mes de vida ya es posible saber si el feto es femenino o masculino.

El pene aumenta de tamaño y el canal que existe en la superficie del mismo se va cerrando hasta formar un túnel, abierto en el extremo; cuando el canal no se cierra adecuadamente puede dar lugar a una malformación llamada hipospadias que consiste en que el extremo del túnel no está situado en la terminación del pene, sino en su cara inferior. Los testículos descienden desde la zona vecina a los riñones, y ocupan las bolsas escrútales hasta el final del embarazo. Por eso en los niños nacidos prematuramente los testículos no están en el escroto. Los conductos que forman el origen de casi todos los órganos de la reproducción femenina se localizan cerca del riñón y se llaman conductos de Müller, las mitades superiores forman las trompas de Falopio y las inferiores constituyen el útero y parte de la vagina (que se abre al exterior al quinto mes de vida intrauterina).

A partir de los cuatro meses de gestación los cambios son menos notables, ya que los órganos han quedado formados en los tres primeros meses.

El feto de cuatro meses presenta claramente forma humana, pesa unos 200 gramos y mide de 20 a 25 centímetros. La cabeza es muy grande y las extremidades muy pequeñas, la piel es delgada, arrugada y de color rojo y permite ver a través de ella los vasos sanguíneos. A esta edad se inicia la clasificación de algunos huesos, y pueden escucharse los latidos fetales. La madre siente ya los movimientos del bebé.

A los seis meses el feto pesa de 800 a 900 gramos y mide 30 centímetros. Si el niño nace a esta edad es raro que sobreviva debido principalmente a los problemas de respiración. En la cabeza, los hombros y la espalda tiene un bello fino llamado lanugo.

Las glándulas sebáceas de la piel producen una sustancia blanca amarillenta llamada vernix caseosa que recubre la piel y le sirve de protección.

A los siete meses el feto ya está desarrollado, crece en longitud y fuerza y aumenta su peso, de manera que al nacer al noveno mes, mide en promedio 50 centímetros y pesa 3 kg.

El recién nacido

Características fisiológicas del recién nacido.

Se considera como periodo neonatal desde el nacimiento hasta los 28 o 30 días de vida.

El niño nace cubierto por un material llamado vernix caseoso, que sirve para proteger su piel durante su vida intrauterina. A veces tiene un poco inflamados los párpados y el dorso de las manos y los pies.

El vello que cubre gran parte de la superficie corporal del feto y que desaparece progresivamente es más abundante en los niños prematuros.

Durante los tres primeros días de vida extrauterina es habitual que el niño baje 10% de su peso corporal (250 a 300gr), debido a que la eliminación de orina y meconio es mayor que la cantidad de alimento que ingiere.

Después de la primera semana de vida recupera su peso de nacimiento y aumenta entre 20 y 25gr diarios durante los primeros seis meses, y aproximadamente 15 gramos diarios hasta cumplir su primer año de vida.

Puede decirse que el peso del nacimiento (3kg) se duplica a los cuatro meses, y se triplica al año.

La talla del recién nacido a término en promedio es de 50cm. como promedio y de 75cm al año de edad.

En la cabeza podemos encontrar la fontanela anterior entre los parietales en forma de rombo. En la parte posterior podemos encontrar la fontanela inferior esta es más pequeña y cierra alrededor del primer mes de vida.

El lactante

Principales características:

Lo particulariza la velocidad con que se manifiestan los cambios en el crecimiento y desarrollo, que ante nuestros ojos parecen irse transformando a un ritmo acelerado. En estos dos años aumenta cuatro veces el peso del nacimiento (de 3 a 12kg.) y crece un 72% (de 50 a 86cm.) continuando en primer lugar el crecimiento acelerado del tejido neurológico con una adquisición asombrosa en el área psicológica. Durante esta etapa se incrementan las capacidades de percepción y funcionalidad de su organismo, relacionando órgano y función, así mismo su interacción con los estímulos externos del mundo circundante, del cual la imagen materna constituye casi todo su microcosmo social.

A los tres meses pesa alrededor de 5kg. y mide de 56 a 57cm.:

- Eleva más la cabeza en la suspensión ventral y la mantiene en el plano del cuerpo.
- Sigue el desplazamiento de un objeto.
- Sonríe con los contactos sociales, la sonrisa es más rápida e interesada.
- Reacciona ante los objetos que colocan frente a su cara.
- Revisa con la vista para localizar el sonido de la voz de la madre.
- Tiene la necesidad máxima del placer de succión.
- Predomina la postura de cuello tónico, intenta coger objetos y no los alcanza; mueve los brazos hacia los juguetes.
- La cabeza va menos rezagada al sentarlo; empieza a sostenerla con movimientos oscilatorios.
- Los contactos sociales son prolongados; escucha la música y dice "aa-gaa".
- Reconoce caras familiares y objetos como el biberón, el reconocimiento indica el registro de rasgos de memoria. Muestra consciencia hacia una situación extraña.
- Tiene periodos más prolongados de vigilia sin llorar. Comienza vocalizaciones de prelenguaje, balbucea y se arrulla.
- Muestra preparación anticipada al ser levantado.

De cuatro a siete meses mide de 63 a 69 cm. y pesa de 6 a 8kg.

- Levanta la cabeza y el tronco, lleva la cabeza aproximadamente a la vertical; extiende las piernas.
- Alcanza los objetos los coge y se los lleva a la boca.
- La cabeza ya no se retrasa al sentarlo.
- Cuando se le sujeta del pie empuja con los pies.
- Ve la píldora pero no intenta cogerla.
- Se ríe ruidosamente, puede mostrar desagrado si el contacto social se rompe, se alegra al ver la comida.
- Comienza la coordinación de ojos y manos.
- Se da vuelta desde la posición de espalda hacia los lados.

- Comienza a babear.
- Exige atención haciendo pilladas; goza cuando es atendido.
- Comienza a responder a no, no.
- Muestra signos de confianza y seguridad creciente.

De siete a nueve meses mide de 69 a 72 cm. y pesa de 8 a 9 kg.

- Rueda sobre sí mismo.
- Levanta la cabeza y se retuerce.
- Se sienta sólo por períodos cortos.
- Se mueve para alcanzar objetos grandes y los agarra.
- Forma sonidos vocálicos polisílabos.
- Prefiere a la madre y disfruta mirándose al espejo.

De nueve a doce meses mide de 72 a 76cm. y pesa de 9 a 10 kg.

- Se sienta sólo y por tiempo indefinido sin apoyo y con la espalda recta.
- Se apoya para ponerse de pie, camina sujetándose a los muebles.
- Gatea.
- Agarra los objetos con el pulgar y el índice.
- Bebe de taza o del vaso con ayuda.
- Comienza a mostrar formas regulares en la eliminación vesical e intestinal.
- Tiene capacidad para utilizar el índice y el pulgar en forma de pinza.
- Se levanta con ayuda.
- Pone objetos en su recipiente.
- Revisa los objetos con succión y masticación.
- La madre es cada vez más importante para su propia seguridad.
- Comienza a mostrar temor para ir a la cama.
- Búsqueda activa en los juegos para solucionar su angustia a la separación.

A los doce meses mide 76cm. y pesa 10kg.

- Se pone de pie sólo y camina unos pasos.
- Entrega un objeto si se le solicita verbalmente o con un gesto.
- Dice algunas palabras además de papá y mamá.
- Da vueltas a las páginas de un libro, puede hacer marcas en el papel.
- Tiene capacidad para usar la cuchara para comer.
- Muestra emociones como temor, cólera, afecto, celo y angustia.

De trece a dieciocho meses mide de 77 a 82cm. y pesa de 10 a 11kg.

- Construye torres de tres cubos.
- Introduce objetos pequeños en frascos o botellas.
- Sube escaleras gateando.
- Cumple instrucciones sencillas.
- Indica algunos deseos o necesidades señalando con el dedo, abraza a sus padres.
- Se sienta en una silla baja.
- Imita garabateo.

- Vuelca el frasco para hacer salir la píldora.
- Identifica una o más partes del cuerpo.
- Come sólo, busca ayuda cuando tiene problemas; puede quejarse de que esta mojado o sucio, besa a sus padres.

FUNDAMENTO NORMATIVO

“Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-19933. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva.

5.7.1. Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2. Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

5.7.3. Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre durante su permanencia en esta.

5.7.4. La atención de la madre durante la lactancia debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño(a). El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

5.7.5. Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en caso de medicamentos justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y

puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.6. En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

5.7.7. En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o distribuidores de los productos lácteos.

5.7.8. Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.

5.7.9. Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa.

5.8. Concordancia con normas internacionales.

5.8.1. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

5.9. Observancia de la norma.

5.9.1. La vigilancia de la aplicación de esta norma corresponde a la secretaría de salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

6. Vigencia de la norma.

6.1. La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor a partir del día siguiente al de su publicación en el diario oficial de la federación, México, DF, a 31 de Octubre de 1994, la directora general de atención materno infantil, Yolanda Senties E. Rubrica.

APRUEBAN REGLAMENTO DE ALIMENTACIÓN INFANTIL
DECRETO SUPREMO N° 007-2005-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que por Decreto Supremo N° 020-82-SA, se aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil, el mismo que contiene Normas para la Alimentación del Niño de Cero a Dos Años de Edad y Normas para la Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y Alimentos Infantiles Complementarios;

Que la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de Salud, en el marco del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, ha emitido las Resoluciones WHA 39.28, WHA 47.5, WHA 49.1 y WHA 54.2, que actualizan las definiciones y norman sobre la importancia de la lactancia materna así como la provisión de sucedáneos de la leche materna en los casos estrictamente necesarios;

Que por Resolución Suprema N° 014-2002-SA, se aprobaron los "Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006", siendo que el Primer Lineamiento General: Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, comprende el fomento de la buena nutrición para contribuir a la prevención de riesgos y daños nutricionales, pues la alimentación durante los períodos de gestación, lactancia, así como en los primeros años de vida del ser humano resultan esenciales para posibilitar el óptimo desarrollo de las potencialidades de la persona;

Que dentro de este contexto, es necesario actualizar el mencionado Reglamento

de Alimentación Infantil, cuyo contenido debe estar acorde con las definiciones y directivas de la Organización Mundial de la Salud, así como de los lineamientos expuestos; y, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 118° de la Constitución Política del Perú, la Ley del Poder Ejecutivo aprobada por el Decreto Legislativo N° 560 y la Ley N° 26842 - Ley General de Salud;

DECRETA:

Artículo 1°.- Aprobar el Reglamento de Alimentación Infantil, que contiene cuatro títulos, once capítulos, sesenta y cuatro artículos, cuatro disposiciones complementarias, transitorias y finales y un anexo.

Artículo 2°.- Derogar el Decreto Supremo N° 020-82-SA.

Artículo 3°.- El presente Decreto Supremo será refrendado por la Ministra de Salud, la Ministra de la Mujer y Desarrollo Social, el Ministro de Educación y el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los catorce días del mes de enero del año dos mil cinco.” (3)

III. JUSTIFICACIÓN

La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros. La leche humana es sin duda la más adecuada y es especie específica; alimentar a los niños con otra leche diferente a la leche de madre es alimentarlos con sucedáneos de leche materna que, a pesar de los diseños sofisticados y de su precio elevado, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche materna.

Dentro de los beneficios de la leche materna se encuentra: La protección frente a las infecciones y alergias, Estudios de investigación refieren que los niños alimentados con lactancia materna presentan menos diarreas e infecciones respiratorias y otitis medias.^{23 24}

El Crecimiento y desarrollo del niño se evidencia en el estudio realizado por Kramer y cols. en referencia al crecimiento, se sugiere que la lactancia materna prolongada y exclusiva, realmente podría acelerar el crecimiento (incremento de peso y talla) durante los 6 primeros meses de la vida.²⁵

Además del beneficio psicológico que representa el hecho de amamantar al niño lo cual favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre

Cada día hay un aumento de madres adolescentes que inician una nueva etapa de su vida, sin estar preparadas para ello, lo que es motivo de preocupación para el sector salud por lo que es necesario conocer si existe el abandono de la lactancia materna en madres adolescentes, así como los factores que inciden en ellas para que dejen de amamantarlos

El Licenciado en Enfermería tiene como responsabilidad la promoción de la salud por lo cual dentro de los programas prioritarios que maneja está el de la promoción a la lactancia materna, especialmente en las mujeres primigestas y sobre todo con las adolescentes.

²³ Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr.* 1995; 126:696-702

²⁴ . Beaudry M, Dufour R, Marcoux S Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *J Pediatr.* 1995; 126:191-197

²⁵ Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B. Breastfeeding and Infant Growth: Biology or Bias? *Pediatrics* 2002; 110: 343-347. (#)

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUAL SERÁ LA FRECUENCIA DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA DESPUÉS DE 40 DÍAS DEL NACIMIENTO EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE LA MUJER EN MORELIA, MICHOACÁN?

V. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el abandono de la lactancia materna durante los 40 días posteriores al nacimiento, en madres adolescentes de 10 a 19 años.

5.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Identificar el abandono de la lactancia materna durante los 40 días posteriores al nacimiento, en madres adolescentes de 10 a 19 años.

- Determinar los factores de abandono de la lactancia materna en las madres adolescentes de 10 a 19 años.

VI.-MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

- **PROSPECTIVO**
- **TRANSVERSAL**
- **DESCRIPTIVO**
- **OBSERVACIONAL**

6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN: Madres adolescentes que acuden al Hospital de la Mujer.

MUESTRA : Todas las madres adolescentes que acudan al Hospital de la Mujer del 1º al 30 de septiembre del 2004

6.3. CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las madres adolescentes de 10 a 19 años con hijos menores de 40 días de nacidos que acuden al Hospital de la Mujer del 1º al 30 de septiembre del 2004.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Todas las madres de 20 años y más con hijos menores de 40 días de nacidos que acuden al Hospital de la Mujer del 1º al 30 de septiembre del 2004.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Todas las madres adolescentes de 10 a 19 años con hijos menores de 40 días de nacidos que acuden al Hospital de la Mujer del 1º al 30 de septiembre del 2004, que no deseen colaborar en este estudio.

VII. RESULTADOS

Cuadro No. 1.

El 63.3% de las madres adolescentes pertenecen al grupo de 18 a 19 años y solo el 6.7% al grupo de 14 a 15 años, lo que nos permite ver que es menor el riesgo de la edad en el amamantamiento

Cuadro No. 2.

El 60% de las madres adolescentes son casadas y solo el 40% son madres solteras o viven en unión libre

Cuadro No. 3.

El 73.3% de las madres adolescentes viven con su esposo o su pareja lo que nos indica que tienen un hogar establecido.

Cuadro No. 4.

El 90% de las madres adolescentes no trabajan lo que nos indica que pueden amamantar al hijo más fácilmente.

Cuadro No. 5.

El 83.3% de las madres adolescentes se dedica al hogar lo que nos dice que no tienen problema para amamantar al niño

No. 6.

El 26.6% de las madres adolescentes tienen entre 1 y 2 hijos.

Cuadro No. 7.

El 90% de los hijos de las madres adolescentes se encuentran entre 1 y 2 años

Cuadro No. 8

El 93.3% de las madres adolescentes amamantan a sus hijos

Cuadro No. 9.

Del 6.7% de las madres adolescentes que no amamantaron el 50% fue porque se le hicieron grietas en el pezón y el otro 50% porque tuvo irritación en el pezón.

Cuadro No 10

El 60 % de las madres adolescentes amamanta a sus hijos a libre demanda

Cuadro No 11

El 56.7% de las madres adolescentes piensan amamantar a sus hijos durante 1 año, el 33.3% solamente 6 meses

Cuadro No 12

El 63.3% de las madres adolescentes mencionó que le informaron que la lactancia materna debe proporcionarse de 7 a 12 meses, el 16.7% refiere que 6 meses

Cuadro No 13

El 83.3% de las madres adolescentes han recibido orientación sobre la lactancia materna

Cuadro No 14

El 80% de las madres adolescentes fueron orientadas por la Secretaría de Salud.

Cuadro No 15

El 56.7% de las personas que orientaron a las madres adolescentes fueron sus familiares principalmente la mamá, el 16.7% el personal de enfermería

Cuadro No 16

El 43.3% de las madres adolescentes fueron orientadas por medio de rotafolios, el 36.7% por medio de videos

Cuadro No.17

El 76.7% de las madres adolescentes refiere haber sido orientada en 20 a30 minutos, el 23.3% se le orientó en 1 hora. Lo que nos indica que se les dedica muy poco tiempo para informar a las madres adolescentes sobre este tema, la lactancia materna

Cuadro No.18

El 63.3% del tipo de orientación que recibieron las madres adolescentes refirieron fue en grupo, el 36.7% en forma individual. Lo que nos indica que la orientación se lleva acabo en forma grupal en su mayoría.

Cuadro No.19.

El 73.3% si asistieron a las platicas de lactancia materna, el 26.7% no asistieron a las platicas. Lo que nos indica que la mayoría si mostró interés en las platicas.

Cuadro No.20

El 37.5% de las madres adolescentes asistió a las platicas de lactancia materna

Cuadro No 21

El 56.7% de las madres adolescentes asistieron a 1 plática, el 23.3% a ninguna.

Cuadro No. 22

El 73.4% si las orientaron sobre la forma de la mama a las madres adolescentes, el 26.6% no las orientaron. Esto nos indica que en su mayoría si se orientan a las madres adolescentes por el personal de salud.

Cuadro No. 23.

El 73.4% sí amamantaron a sus bebés solo con leche materna, el 26.6% no amamantaron a sus bebés lo que nos indica que si hay más mamás adolescentes interesadas en amamantar solo con leche materna.

Cuadro No. 24

El 83.3% de las madres adolescentes dijeron si saber el procedimiento de amamantamiento, el 16.7% mencionaron no saber el procedimiento lo que nos indica que la gran mayoría si sabe como amamantar a sus bebés.

Cuadro No. 25

Entre los datos más sobresalientes del cuadro No.25 de madres adolescentes que conocen el procedimiento para amamantar, el 60% conoce el procedimiento del lavado de manos y baño general, el 36.6% conoce la técnica para hacerlo eructar o repetir y el 30.0% conoce la duración por toma en cada seno y como darlo; esto nos indica que son muy pocas las madres que conocen el procedimiento para amamantar.

Cuadro No. 26

El 66.7% de las madres adolescentes manifestaron conocer el procedimiento de extracción de la leche materna, el 33.3% no lo conoce. Esto nos indica que las madres muestran interés en extraerse la leche en situaciones que se separan con su bebé y para no suspender el seguir proporcionando la leche materna.

Cuadro No.27.

Los datos más sobresalientes del cuadro No. 27 o de madres adolescentes que mencionaron conocer el procedimiento para extraerse la leche materna. El 46.6% extracción de la leche de forma manual y tiraleche, el 33.3% lavado de manos y baño general, el 30.0% el conservar la leche; esto nos indica que si tienen conocimiento del procedimiento de extracción de la leche materna.

Cuadro No. 28

El 93.4% de las madres adolescentes manifestaron conocer las ventajas que brinda la leche materna a su hijo, el 6.7% no conocen las ventajas. Esto nos indica que si sabían de las ventajas que les brinda la leche materna a sus hijos.

Cuadro No. 29

Los datos más sobresalientes del Cuadro No. 29 son. El 80% de las madres refirieron que la leche materna le da defensas e inmunidad, el 50% dice que la leche materna es más nutritiva, más sana, más natural y, el 36.6% nos menciona que la leche materna protege al hijo de infecciones respiratorias (IRAS) y enfermedades diarreicas (EDAS). Esto nos indica que si conocen la importancia o ventajas de la leche materna.

Cuadro No. 30

El 56.7% de las madres adolescentes manifestaron sí haber recibido orientación sobre técnica de amamantamiento posparto, el 43.3% no recibieron orientación; esto nos indica que la mayoría de las madres adolescentes sí se les capacita en su estancia hospitalaria.

Cuadro No. 31

El 56.7% de las madres adolescentes manifestaron si fueron citadas posteriormente para darle seguimiento de la lactancia materna, el 43.3% no fueron citadas; esto nos indica que si hay una mayor disponibilidad por parte del personal de salud para seguir brindándole orientación posteriormente.

Cuadro No. 32

El 66.7% manifestaron no abandonaron la lactancia materna antes de los 40 días, el 33.3% si abandonaron la lactancia materna; esto nos indica que no se les presentaron problemas de riesgo para abandonar la lactancia materna sino a una mínima parte.

Cuadro No.33.

Los datos más sobresalientes son: El 26.6% manifestado por las madres adolescentes se les presentó irritación del pezón, formación de grietas y comezón, el 23.3% mencionaron se les presentó fiebre y dolor, el 13.3% dijeron se les presentó a las madres adolescentes congestión y distensión mamaria. Esto nos indica que fueron muy pocas madres que abandonaron la lactancia materna ya que fueron varios problemas presentados pero no se dio el abandono de la lactancia materna en ese mismo número de los problemas antes mencionados con el porcentaje; en 3 mamás se dio este caso de problemas de riesgo de abandono de la misma, las que en la tabla tienen un asterisco (*).

ANÁLISIS DE LOS DATOS

- 1.- Tres de cada 5 madres adolescentes son casadas.
- 2.- Una de cada tres mujeres adolescentes vive en unión libre.
- 3.- Tres de cada 5 mujeres adolescentes vive con su esposo o pareja.
- 4.- Una de cada 10 madres adolescentes trabaja o estudia.
- 5.- Siete de cada 10 tiene un solo hijo, una de cada 2 presentó grietas al amamantar, seis de cada 10 alimentó a su hijo a libre demanda, dos de cada 5 amamantaron durante un año, una de cada 5 madres seis meses.
- 6.- Una de cada 2 refiere que debe amamantarse al niño durante un año.
- 7.- Cuatro de cada 5 han recibido orientación de la lactancia en la SSA
- 8.- Dos de cada 5 recibió orientación con rotafolio y platicas con duración de 30 minutos en forma grupal. Tres de cada 5 si asistió a las pláticas.
- 9.- Tres de cada 10 mujeres adolescentes no asistió a las pláticas porque se sentía mal por la cesárea o ya le habían informado. Una de cada 10 asistió a una plática.
- 10.- Siete de cada 10 conoce la forma de la mama. Siete de cada 10 amamantó con leche materna. Cuatro de cada 5 sabe el procedimiento de amamantamiento.
- 11.- Según el análisis de los datos vemos que la lactancia materna exclusiva se da en su mayoría de manera sorprendente pero muy interesante en las madres adolescentes de entre 14 a 19 años que se atendieron de su parto en el Hospital Regional de la Mujer en Morelia Michoacán a los cuarenta días del evento obstétrico visitadas en su domicilio.
- 12.- En cuanto al tipo de alimentación que las madres adolescentes les dan a sus hijos encontramos que la mayoría deciden amamantar a su hijo, por razones económicas, culturales, psicológicas. A su vez vemos que el tiempo que las madres deciden amamantar a su bebé en promedio es de 6 meses a 1 año lo cual es adecuado para el integral crecimiento y desarrollo de bebe en todos los aspectos.

VIII. CONCLUSIONES

1.- No se encontró abandono de la lactancia materna en un 83 % de las mujeres adolescentes, debido a que todas fueron capacitadas por el personal de enfermería y por trabajo social en el hospital de la mujer.

2.- Las madres adolescentes que abandonaron la lactancia materna antes de los 40 días posteriores al nacimiento fueron por causa de irritación, grietas en el pezón, porque no les bajo la leche, o el niño no aceptó la leche materna porque no estaba el pezón bien formado .

3.- Las madres adolescentes se dedican al hogar por lo cual alimentan al niño a libre demanda.

4.- La mayoría de las madres saben que se debe amamantar al niño mínimo 6 meses , y que debe alimentarse al bebe cada 2 0 3 horas.

5.- 3 de cada 5 madres adolescentes saben la técnica de lavado de manos y baño general así como de las ventajas de amamantar al niño.

6.-De acuerdo a otros estudio realizados en países como Chile, Venezuela y España se encontró que las estadísticas son similares a las encontradas en México sobre el conocimiento de la lactancia materna y las ventajas de salud que propician, también encontramos que la familia juega un papel importante en la educación de las madres adolescentes ya que las acompañan durante su embarazo y después del parto apoyándolas en los cuidados del niño.

CONCLUSIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

- 1.- El personal de enfermería se encuentra capacitado en casi el 100% sobre Lactancia Materna.
- 2.- El personal de enfermería se encuentra repartido en los turnos matutino, vespertino y jornada acumulada. De cada 2 enfermeras una es de turno matutino y otra es de turno vespertino o jornada acumulada.
- 3.- Cuatro de cada 5 enfermeras se encuentran laborando en ginecología y obstetricia con una antigüedad entre 1 y 2 años, el Hospital de la Mujer
- 4.- Cuatro de cada 5 enfermeras tienen entre 2 y 4 años promoviendo la Lactancia Materna.
- 5.- Dentro de las estrategias utilizadas por el personal de enfermería para proporcionar la Lactancia Materna. se encuentran: Dar platicas a las madres adolescentes, Conscientizarlas y Capacitarlas.
- 6.- Dos de cada tres madres fue capacitada con la técnica del personal de enfermería del hospital de la Mujer.
- 7.- No existe seguimiento de la Lactancia Materna en madres adolescentes debido a que la mayor parte proviene del interior del estado.
- 8.- El personal de enfermería considera que si hay abandono de la Lactancia Materna entre un 10% y un 50%.
- 9.- El personal de enfermería considera que hay un rechazo en la Lactancia Materna por parte de las adolescentes antes del parto.
- 10.- El personal de enfermería considera que existe apoyo de la institución a las madres adolescentes con Platicas y Orientación sobre Métodos de Planificación Familiar (PF); Orientación sobre Lactancia Materna y Pláticas de Psicología.
- 11.- El personal de enfermería considera que para fomentar la Lactancia Materna se requiere dar Pláticas, Orientación, Conscientización y Seguimiento de la Lactancia Materna.
- 12.- El personal de enfermería refiere que el programa de apoyo arranque parejo y el Hospital Amigo del Niño y de la Madre son programas de apoyo del gobierno.
- 13.- El personal de enfermería refiere que no existe ningún programa específico para apoyar a las madres adolescentes.

IX. PROPUESTAS

- 1.- Que continúe el programa de Lactancia materna en todos los hospitales, que permite la capacitación de las madres adolescentes durante sus consultas prenatales y durante su estancia en el Hospital durante su parto
- 2.- En las comunidades rurales que los pasantes de la Licenciatura en Enfermería promuevan la capacitación de las madres adolescentes sobre la lactancia materna
- 3.- Que se sigan realizando trabajos de investigación sobre el seguimiento de la lactancia materna en las áreas urbanas y suburbanas
- 4.- Promover grupos de apoyo de las comunidades para darles seguimiento y apoyo a las madres adolescentes sobre la lactancia materna
- 5.- Promover pláticas sobre la alimentación que deben tener las madres adolescentes para que no presenten desnutrición y puedan amamantar bien a sus hijos

XI. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lucas A, Morley R, Cole TJ, Gore SM, Lucas PJ, Crowle P, Pearse R. Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months. Lancet; 1990; 355: 1477-81
- 2.- Lucas A, Brooke OG, Morley R, Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: randomised prospective study. Br Med J. 1990; 300:837-840
- 3.- INFORME DEL UNICEF SOBRE EL ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA, 1992 Boletín informativo, México D.F. Septiembre. 1993.
- 4.-Grant J.P. ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA. UNICEF.. Edit. Siglo XXI. España 1984. p.p. 1-35.
- 5.- Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Informe de Progreso. UNICEF, Abril, 1994.
- 6.- Acta de la Ceremonia de Instalación del Comité Estatal de Lactancia. Materna p.p.1. Morelia, Mich.,Septiembre de 1995.
- 7.- TORTORA, J. Gerardo, ANAGNOSTAKOS, P. Nicholas, Principios de anatomía y Fisiología, Editorial Harla, p.942-943.
- 8.- NUÑEZ, Maciel Eduardo, Ginecología y Obstetricia, Editorial Méndez Editores, p.234-235.
- 9.- GUYTON, Tratado de Fisiología Médica, Interamericana Mc Graw-Hill, p.968.
- 10.- HELSING, Elizabet, SAVAGE, King Felicity, Guía Práctica para una buena lactancia, Editorial Pax México, p. 42-43.
- 11.- HELSING, Elizabet, SAVAGE, King Felicity, Guía Práctica para una buena lactancia, Editorial Pax México, p. 42-43.
- 12.- THOMPSON, E.D., Enfermería Pediátrica, editorial Interamericana, p. 66.

13.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-19933. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

14.- REGLAMENTO DE ALIMENTACIÓN INFANTIL, DECRETO SUPREMO N° 007-2005-SA

15.- Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. J Pediatr. 1995; 126:696-702

16.- Beaudry M, Dufour R, Marcoux S Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. J Pediatr. 1995; 126:191-197

17.- Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B. Breastfeeding and Infant Growth: Biology or Bias? Pediatrics 2002; 110: 343-347. (#)

ANEXOS

CUADRO No 1

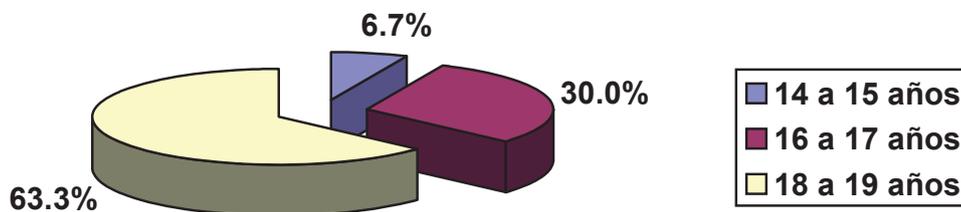
EDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 a 15 años	2	6.7%
16 a 17 años	9	30.0%
18 a 19 años	19	63.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICA No 1

EDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No 1

ANÁLISIS: El 63.3% de las madres adolescentes pertenecen al grupo de 18 a 19 años y solo el 6.7% al grupo de 14 a 15 años, lo que nos permite ver que es menor el riesgo de la edad en el amamantamiento

CUADRO No 2

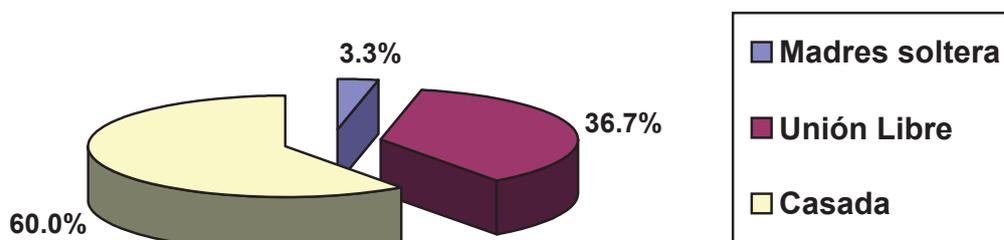
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre soltera	1	3.3%
Unión libre	11	36.7%
Casada	18	60.0%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 2

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No 2

ANÁLISIS: El 60% de las madres adolescentes son casadas y solo el 40% son madres solteras o viven en unión libre

CUADRO No 3

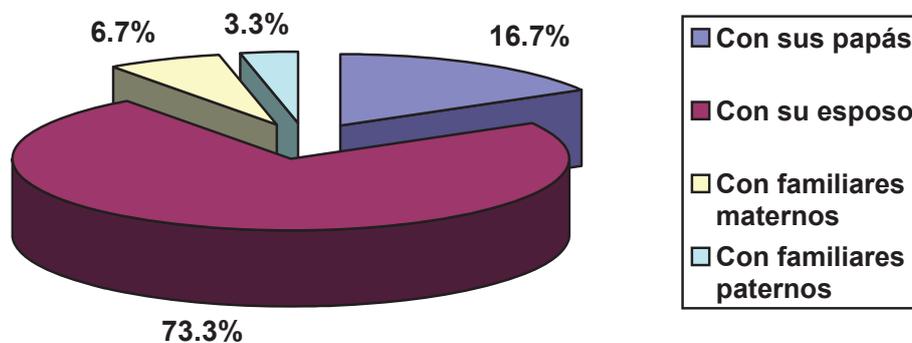
CON QUIEN VIVEN LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

CON QUIEN VIVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con sus papás	5	16.7%
Con su esposo o pareja	22	73.3%
con familiares maternos	2	6.7%
Con familiares paternos	1	3.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 3

CON QUIEN VIVEN LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No 3

ANÁLISIS: El 73.3% de las madres adolescentes viven con su esposo o su pareja lo que nos indica que tienen un hogar establecido.

CUADRO No 4

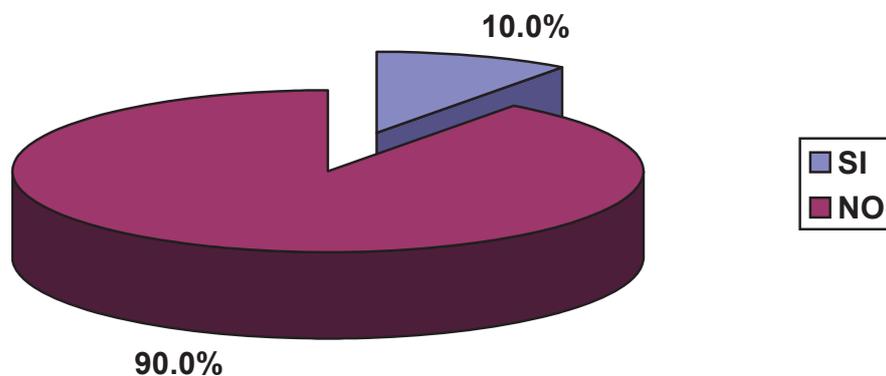
TRABAJAN LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

TRABAJA USTED	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	3	10.0%
No	27	90.0%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 4

TRABAJAN LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No. 4

ANÁLISIS: El 90% de las madres adolescentes no trabajan lo que nos indica que pueden amamantar al hijo más fácilmente.

CUADRO No 5

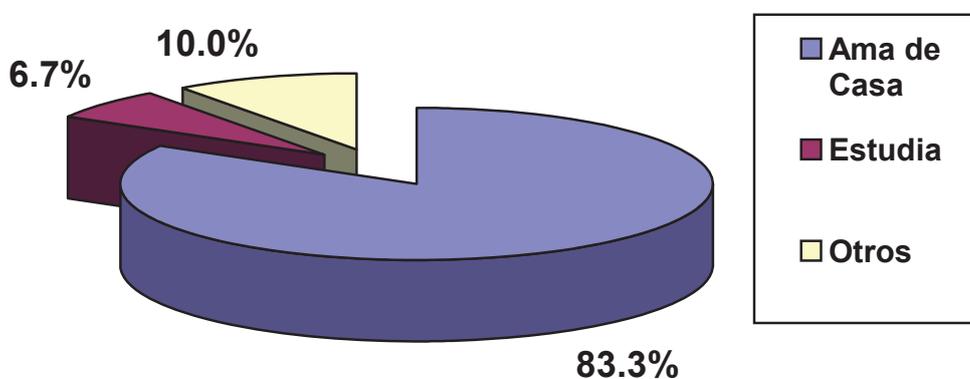
EN QUE TRABAJAN LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

EN QUE TRABAJA USTED	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ama de casa	25	83.3%
Se dedica a estudiar	2	6.7%
Otros	3	10.0%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 5

EN QUE TRABAJAN LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No 5

ANÁLISIS: El 83.3% de las madres adolescentes se dedica al hogar lo que nos dice que no tienen problema para amamantar al niño

CUADRO No 6

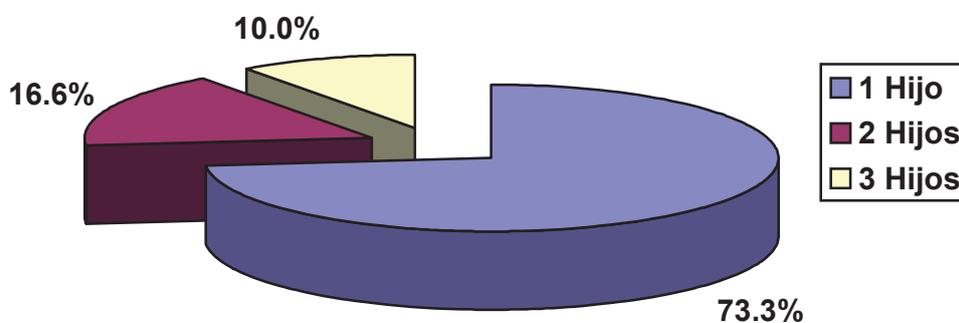
No DE HIJOS QUE TIENEN LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

CUANTOS HIJOS TIENE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Un hijo	22	73.3%
Dos hijos	5	16.6%
Tres hijos	3	10.0%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 6

No DE HIJOS QUE TIENEN LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No 6

ANÁLISIS: El 26.6% de las madres adolescentes tienen entre 1 y 2 hijos.

CUADRO No 7

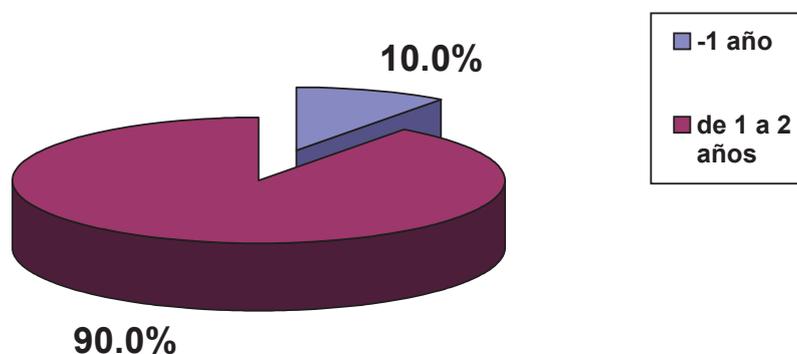
EDAD DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

EDAD DE LOS HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de un año	3	10.0%
De 1 a 2 años	27	90.0%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 7

EDAD DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No 7

ANÁLISIS: El 90.0% de los hijos de las madres adolescentes se encuentran entre 1 y 2 años

CUADRO No 8

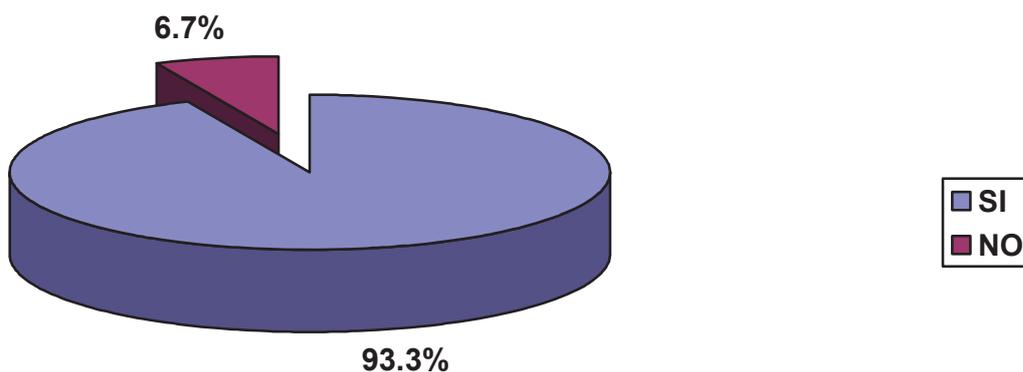
AMAMANTAN LAS MADRES ADOLESCENTES A SUS HIJOS

AMAMANTA A SU HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si lo (a) alimentó	28	93.3%
No lo (a) alimentó	2	6.7%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 8

AMAMANTAN LAS MADRES ADOLESCENTES A SUS HIJOS



Fuente: Cuadro No 8

ANÁLISIS: El 93.3% de las madres adolescentes amamantan a sus hijos

CUADRO No 9

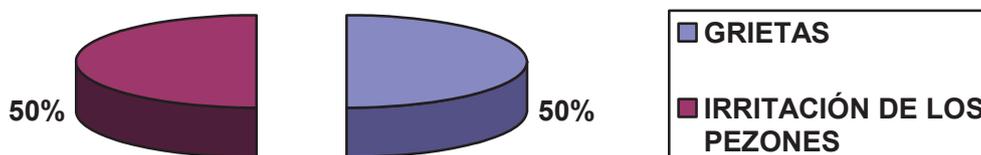
CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES ADOLESCENTES NO AMAMANTARON A SUS HIJOS

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRIETAS	1	50.0%
IRRITACIÓN DE LOS PEZONES	1	50.0%
TOTAL	2	100%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 9

CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES ADOLESCENTES NO AMAMANTARON A SUS HIJOS



Fuente: Cuadro No 9

ANÁLISIS: Del 6.7% de las madres adolescentes que no amamantaron el 50% fue porque se le hicieron grietas en el pezón y el otro 50% porque tuvo irritación en el pezón.

CUADRO No 10

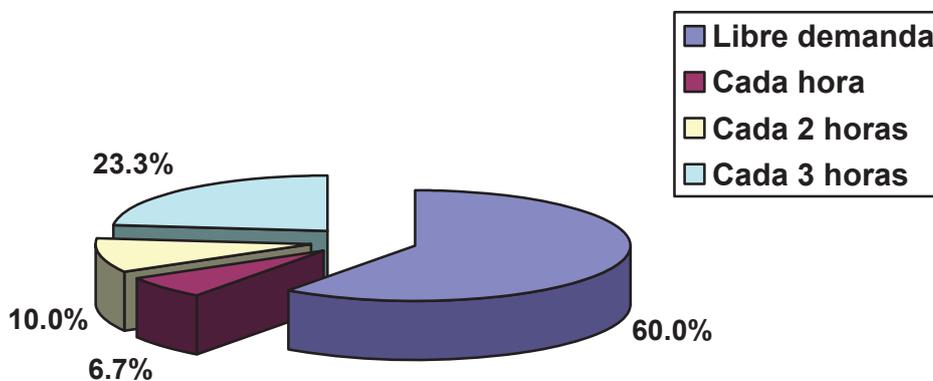
CADA CUANTO AMAMANTAN A SUS HIJOS LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

CADA CUANTO AMAMANTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Libre demanda	18	60.0%
Cada hora	2	6.7%
Cada 2 horas	3	10.0%
Cada 3 horas	7	23.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 10

CADA CUANTO AMAMANTAN A SUS HIJOS LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No 10

ANÁLISIS: El 60.0 % de las madres adolescentes amamanta a sus hijos a libre demanda

CUADRO No 11

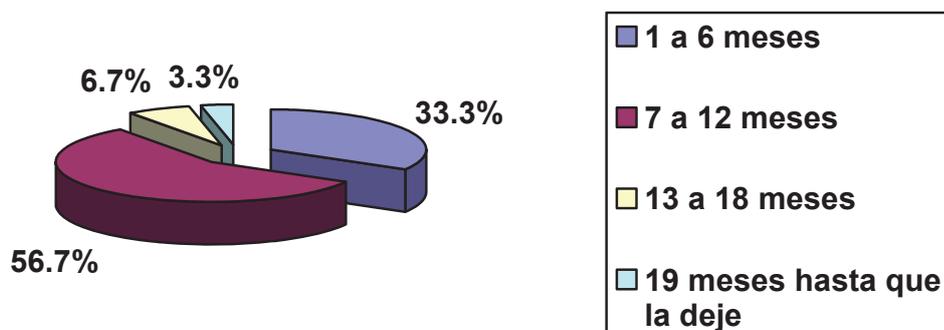
No DE MESES QUE PIENSA AMAMANTAR LA MADRE ADOLESCENTE A SU HIJO

CUANTOS MESES AMAMANTÓ O PIENSA AMAMANTAR A SU HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 6 meses	10	33.3%
7 a 12 meses	17	56.7%
13 a 18 meses	2	6.7%
19 meses hasta que la deje	1	3.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 11

No DE MESES QUE PIENSA AMAMANTAR LA MADRE ADOLESCENTE A SU HIJO



Fuente: Cuadro No 11

ANÁLISIS: El 56.7% de las madres adolescentes piensan amamantar a sus hijos durante 1 año, el 33.3% solamente 6 meses

CUADRO No 12

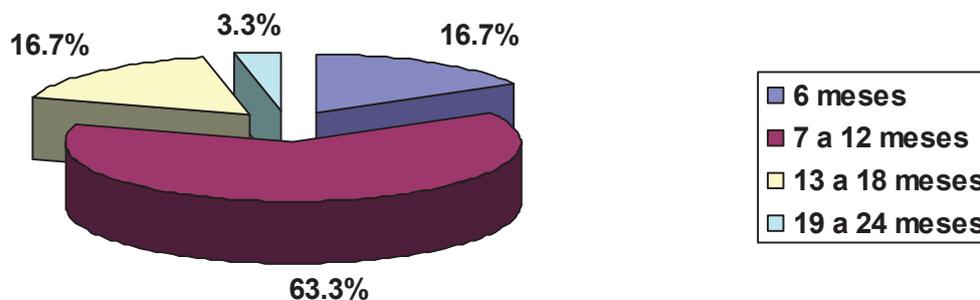
CONOCIMIENTO SOBRE EL TIEMPO QUE DEBE DURAR LA LACTANCIA MATERNA

CUANTO DEBE DURAR LA LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 meses	5	16.7%
7 a 12 meses	19	63.3%
13 a 18 meses	5	16.7%
19 a 24 meses	1	3.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 12

CONOCIMIENTO SOBRE EL TIEMPO QUE DEBE DURAR LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No 12

ANÁLISIS: El 63.3% de las madres adolescentes mencionó que le informaron que la lactancia materna debe proporcionarse de 7 a 12 meses, el 16.7% refiere que 6 meses

CUADRO No 13

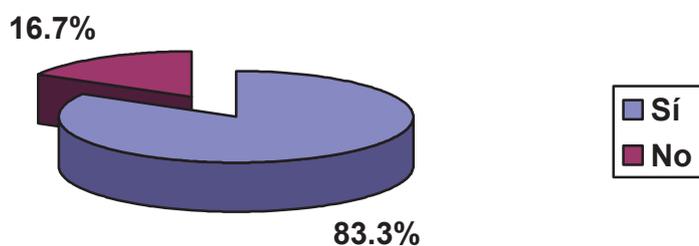
MADRES ADOLESCENTES QUE HAN RECIBIDO ORIENTACIÓN SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

ORIENTACION SOBRE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	25	83.3%
No	5	16.7%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO NO 13

MADRES ADOLESCENTES QUE HAN RECIBIDO ORIENTACIÓN SOBRE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No 13

ANÁLISIS: El 83.3% de las madres adolescentes han recibido orientación sobre la lactancia materna

CUADRO No 14

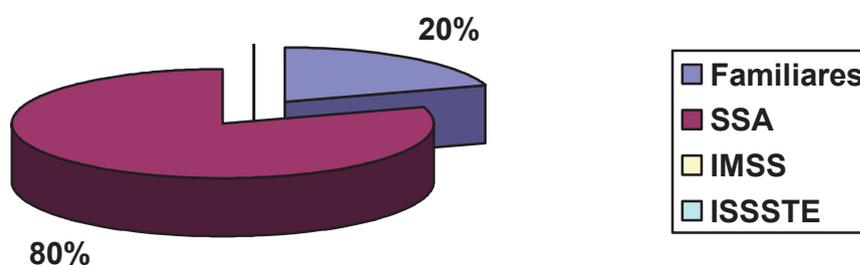
**INSTITUCIONES QUE HAN ORIENTACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA
A LAS MADRES ADOLESCENTES**

INSTITUCIÓN DONDE SE LE ORIENTÓ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familiares	6	20%
ISSSTE		
IMSS		
SSA	24	80%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 14

**INSTITUCIONES QUE HAN ORIENTACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA
A LAS MADRES ADOLESCENTES**



Fuente: Cuadro No 14

ANÁLISIS: El 80% de las madres adolescentes fueron orientadas por la Secretaría de Salud.

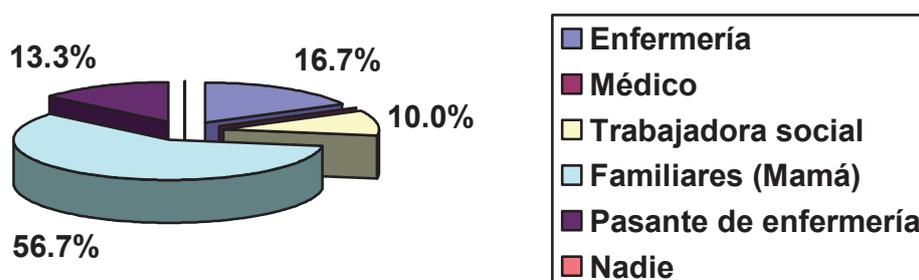
CUADRO No 15

**PERSONAL QUE ORIENTÓ A LAS MADRES ADOLESCENTES
SOBRE LACTANCIA MATERNA**

PERSONAL QUE LA ORIENTÓ SOBRE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enfermería	1	3.3%
Médico	5	16.7%
Trabajadora social		
Familiares (Mamá)	3	10%
Pasante de enfermería	17	56.7%
Nadie	4	13.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 15
**PERSONAL QUE ORIENTÓ A LAS MADRES ADOLESCENTES
SOBRE LACTANCIA MATERNA**



Fuente: Cuadro No 15

ANÁLISIS: El 56.7% de las personas que orientaron a las madres adolescentes fueron sus familiares principalmente la mamá, el 16.7% el personal de enfermería

CUADRO No 16

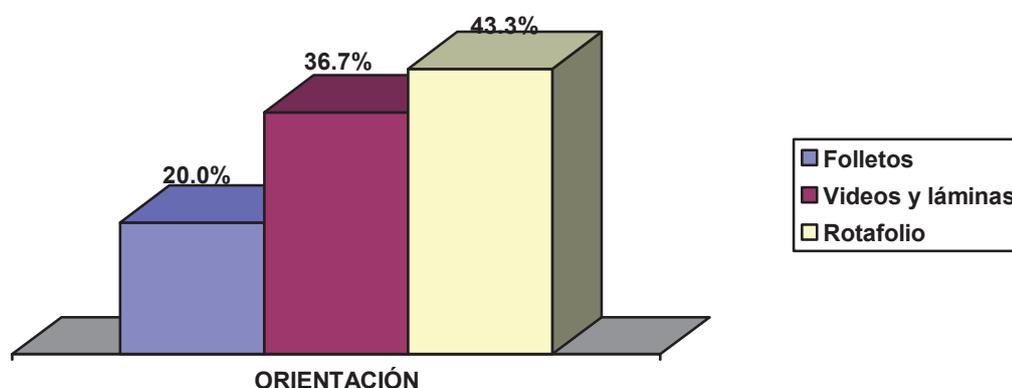
MATERIAL DIDACTICO UTILIZADO PARA LA CAPACITACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LACTANCIA MATERNA

MATERIAL UTILIZADO POR ENFERMERÍA PARA PROPORCIONARLE LA ORIENTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Folletos	6	20%
Videos y láminas	11	36.7%
Otros: Rotafolio, Guía del primer año de mi bebé y yo, plática	13	43.3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 16

MATERIAL DIDACTICO UTILIZADO PARA LA CAPACITACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No 16

ANÁLISIS: El 43.3% de las madres adolescentes fueron orientadas por medio de rotafolios, el 36.7% por medio de videos

CUADRO No 17

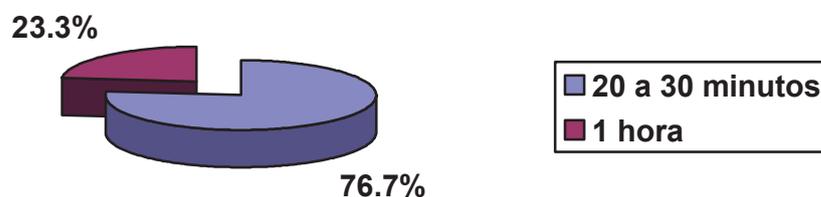
TIEMPO UTILIZADO PARA ORIENTAR A LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LACTANCIA MATERNA

TIEMPO PARA ORIENTAR SOBRE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 a 30 minutos	23	76.7%
1 hora	7	23.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 17

TIEMPO UTILIZADO PARA ORIENTAR A LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No.17

ANÁLISIS: El 76.7% de las madres adolescentes refiere haber sido orientada en 20 a 30 minutos, el 23.3% se le orientó en 1 hora. Lo que nos indica que se les dedica muy poco tiempo para informar a las madres adolescentes sobre este tema, la lactancia materna.

CUADRO No 18

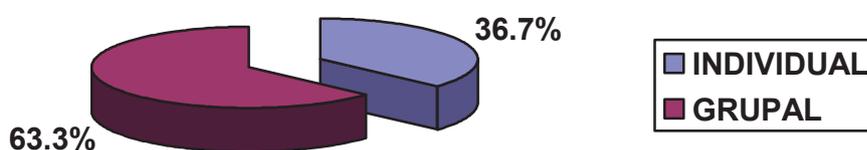
TIPO DE ORIENTACIÓN QUE LE DIERON A LAS MADRES ADOLESCENTES

COMO LE DIERON LA ORIENTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INDIVIDUAL	11	36.7%
GRUPAL	19	63.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 18

TIPO DE ORIENTACIÓN QUE LE DIERON A LAS MADRES ADOLESCENTES



Fuente: Cuadro No.18

ANÁLISIS: El 63.3% del tipo de orientación que recibieron las madres adolescentes refirieron fue en grupo, el 36.7% en forma individual. Lo que nos indica que la orientación se lleva a cabo en forma grupal en su mayoría.

CUADRO No 19

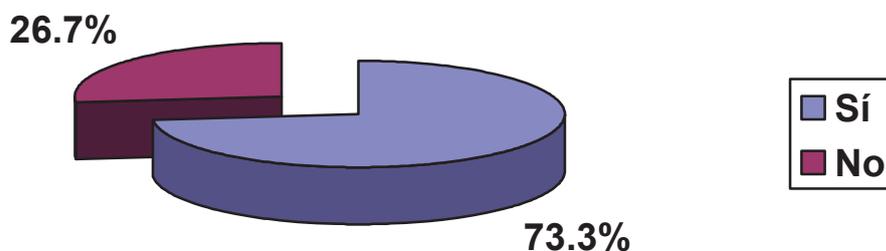
MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LAS PLATICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

ASISTIO ATODAS LAS PLATICAS DE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	22	73.3%
No	8	26.7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 19

MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LAS PLATICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No.19.

ANALISIS: El 73.3% si asistieron a las platicas de lactancia materna, el 26.7% no asistieron a las platicas. Lo que nos indica que la mayoría si mostró interés en las platicas.

CUADRO No 20

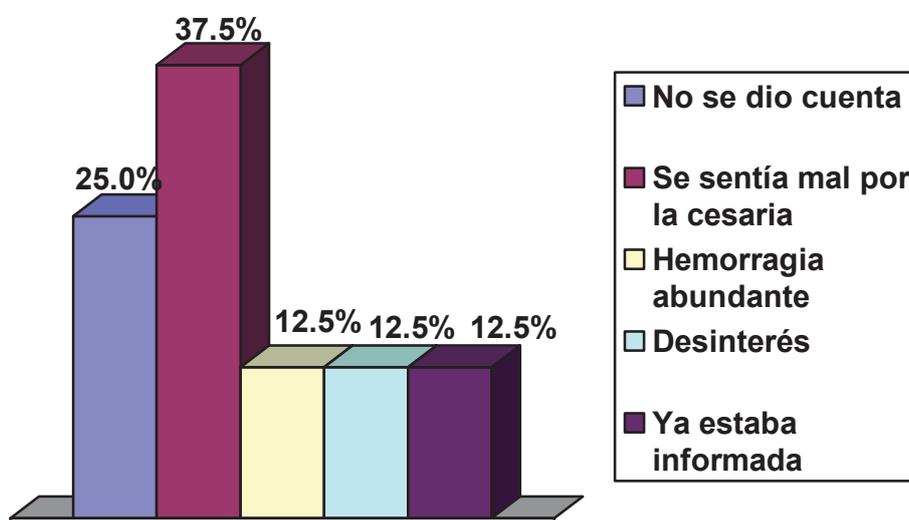
MOTIVOS POR LOS QUE LAS MADRES ADOLESCENTES NO ASISTIERON A LAS PLÁTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

MOTIVOS POR LOS QUE NO ASISTIÓ A LAS PLÁTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No se dio cuenta	2	25.0%
Se sentían mal por la cesárea	3	37.5%
Hemorragia abundante	1	12.5%
Desinterés	1	12.5%
La Mamá ya le había informado	1	12.5%
TOTAL	8	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 20

MOTIVOS POR LOS QUE LAS MADRES ADOLESCENTES NO ASISTIERON A LAS PLÁTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No.20

ANÁLISIS: El 37.5% de las madres adolescentes asistió a las pláticas de lactancia materna

CUADRO No 21

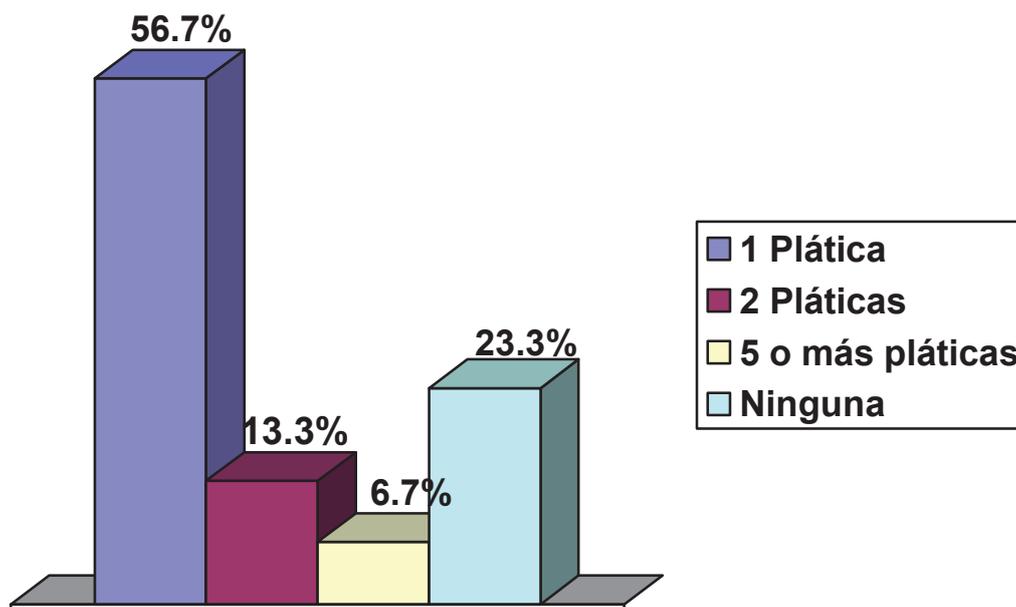
No DE PLÁTICAS A LAS QUE ASISTIERON LAS MADRES ADOLESCENTES

ASISTENCIA A LAS PLÁTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 Plática	17	56.7
2 Pláticas	4	13.3
5 o más pláticas	2	6.7
Ninguna	7	23.3
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 21

No DE PLÁTICAS A LAS QUE ASISTIERON LAS MADRES ADOLESCENTES



Fuente: Cuadro No 21

ANÁLISIS: El 56.7% de las madres adolescentes asistieron a 1 plática, el 23.3% a ninguna.

CUADRO No 22

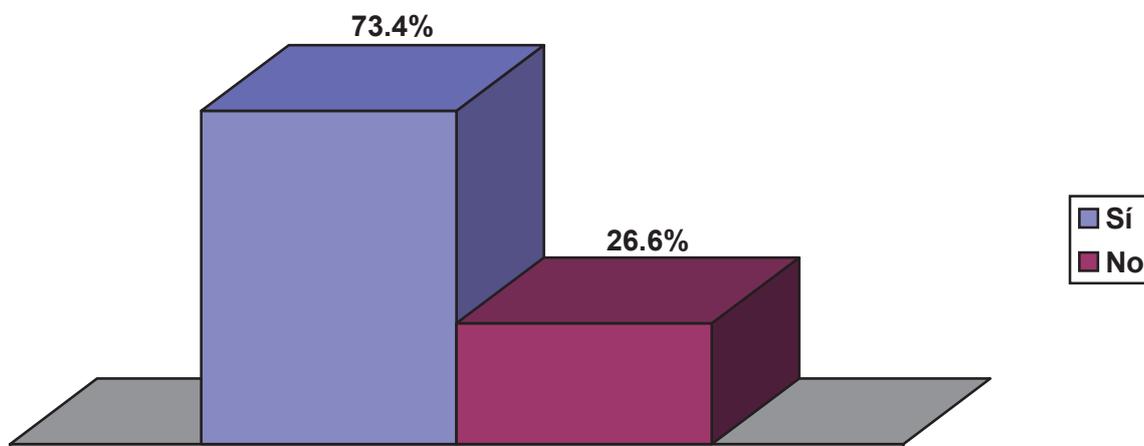
MADRES ADOLESCENTES QUE LAS ORIENTARON SOBRE LA FORMA DE LA MAMA

LE HABLARON SOBRE LA FORMA DE LA MAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	22	73.4%
No	8	26.6%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 22

MADRES ADOLESCENTES QUE LAS ORIENTARON SOBRE LA FORMA DE LA MAMA



Fuente: Cuadro No. 22

ANÁLISIS: El 73.4% si las orientaron sobre la forma de la mama a las madres adolescentes, el 26.6% no las orientaron. Esto nos indica que en su mayoría si se orientan a las madres adolescentes por el personal de salud.

CUADRO No 23

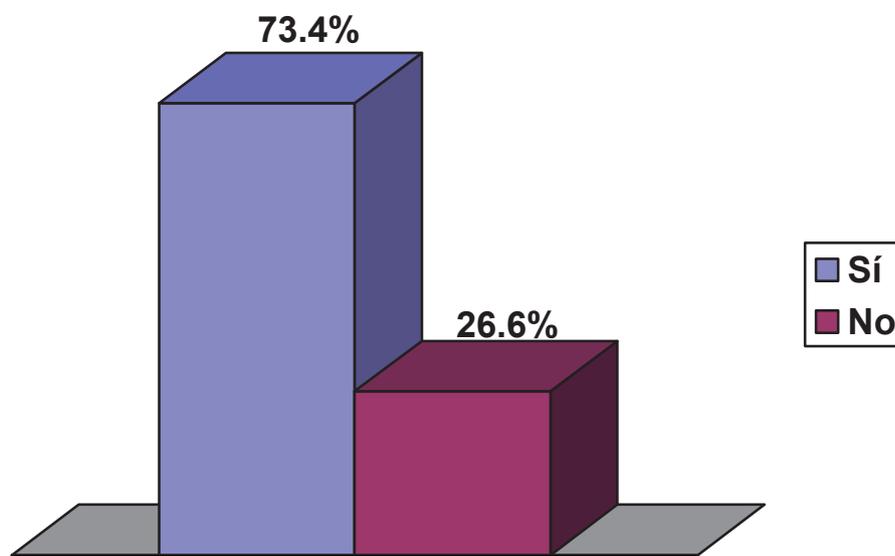
MADRES ADOLESCENTES QUE AMAMANTARON A SU BEBE SOLO CON LECHE MATERNA

AMAMANTÓ AL BEBÉ SOLO CON LECHE MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	22	73.4%
No	8	26.6%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 23

MADRES ADOLESCENTES QUE AMAMANTARON A SU BEBE SOLO CON LECHE MATERNA



Fuente: Cuadro No. 23.

ANÁLISIS: El 73.4% sí amamantaron a sus bebés solo con leche materna, el 26.6% no amamantaron a sus bebés lo que nos indica que si hay más mamás adolescentes interesadas en amamantar solo con leche materna.

CUADRO No 24

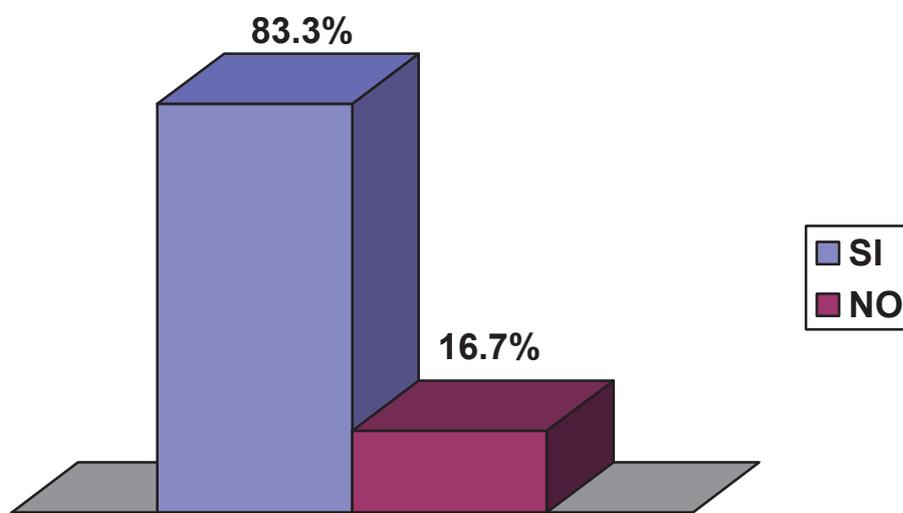
MADRES ADOLESCENTES QUE DIJERON CONOCER EL PROCEDIMIENTO PARA AMAMANTAR

CONOCE EL PROCEDIMIENTO DE AMAMANTAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	83.3%
NO	5	16.7%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 24

MADRES ADOLESCENTES QUE DIJERON CONOCER EL PROCEDIMIENTO PARA AMAMANTAR



Fuente: Cuadro No. 24

ANALISIS: El 83.3% de las madres adolescentes dijeron si saber el procedimiento de amamantamiento, el 16.7% mencionaron no saber el procedimiento. Lo que nos indica que la gran mayoría si sabe el procedimiento de como amamantar a sus bebés.

CUADRO No 25

MADRES ADOLESCENTES QUE CONOCEN EL PROCEDIMIENTO PARA AMAMANTAR

CONOCIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE AMAMANTAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lavado de manos y baño general	18	60.0%
Lubricación del área después de amamantar	4	13.3%
Masaje con los dedos, toalla (fomento)	3	10.0%
Pegarse al bebé correctamente (succione pezón y areola)	6	20%
Posiciones acostada, sentada, de balón de fútbol etc.; de frente panza con panza	4	13.3%
Duración por toma en cada seno y como darlo o agarrarlo	9	30.0%
Que hay que hacer antes de retirarlo	5	16.6%
Hacerlo eructar, repetir o sacarle el aire	11	36.6%
Acostarlo de lado después de comer	3	10.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

ANALISIS: Entre los datos más sobresalientes del cuadro No.25 de madres adolescentes que conocen el procedimiento para amamantar, el 60% conoce el procedimiento del lavado de manos y baño general, el 36.6% conoce la técnica para hacerlo eructar o repetir y el 30.0% conoce la duración por toma en cada seno y como darlo; esto nos indica que son muy pocas las madres que conocen el procedimiento para amamantar.

CUADRO No 26

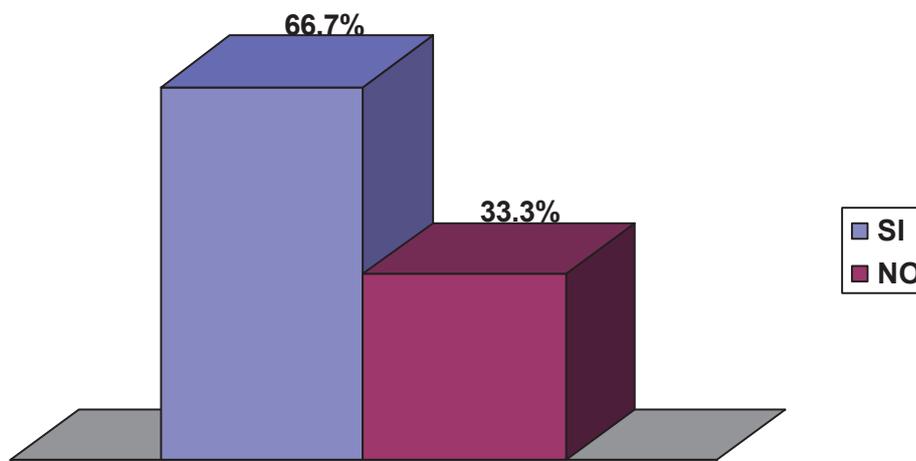
MADRES ADOLESCENTES QUE DICEN CONOCER EL PROCEDIMIENTO PARA EXTRAER LA LECHE MATERNA

CONOCE LA TECNICA DE EXTRACI3N DE LA LECHE MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	66.7%
NO	10	33.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoac3n. Diciembre del 2004

GR3FICO No 26

MADRES ADOLESCENTES QUE DICEN CONOCER EL PROCEDIMIENTO PARA EXTRAER LA LECHE MATERNA



Fuente: Cuadro No. 26

ANALISIS: El 66.7% de las madres adolescentes manifestaron conocer el procedimiento de extracción de la leche materna, el 33.3% no lo conoce. Esto nos indica que las madres muestran interés en extraerse la leche en situaciones que se separan con su bebé y para no suspender el seguir proporcionando la leche materna.

CUADRO No 27

MADRES ADOLESCENTES QUE CONOCEN EL PROCEDIMIENTO PARA EXTRAER LA LECHE MATERNA

CONOCIMIENTO DE LA EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lavado de manos y baño general	10	33.3%
Lubricación del área antes y después		
Masaje con los dedos, toalla (fomento)	7	23.3%
Extracción de la leche (Forma manual o tira leche)	14	46.6%
Depositarla en un frasco con tapadera	3	10.0%
Conservarla o guardarla en un lugar fresco (termo ó refrigerador)	9	30.0%
Tibiarla en un baño maría	7	23.3%
Darla en un vaso, cuchara, jeringa no darla en un biberón		
Hacerlo eructar, repetir o sacarle el aire		
Acostarlo de lado después de comer		

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

Fuente: Cuadro No.27.

ANALISIS: Los datos más sobresalientes del cuadro No. 27. El 46.6% de madres adolescentes manifestado que conocen el procedimiento para extraerse la leche materna de forma manual y tira leche, el 33.3% conoce el procedimiento del lavado de manos y baño general, el 30.0% conocen el procedimiento de conservar la leche; esto nos indica que si tienen conocimiento del procedimiento de extracción de la leche materna de forma muy general.

CUADRO No 28

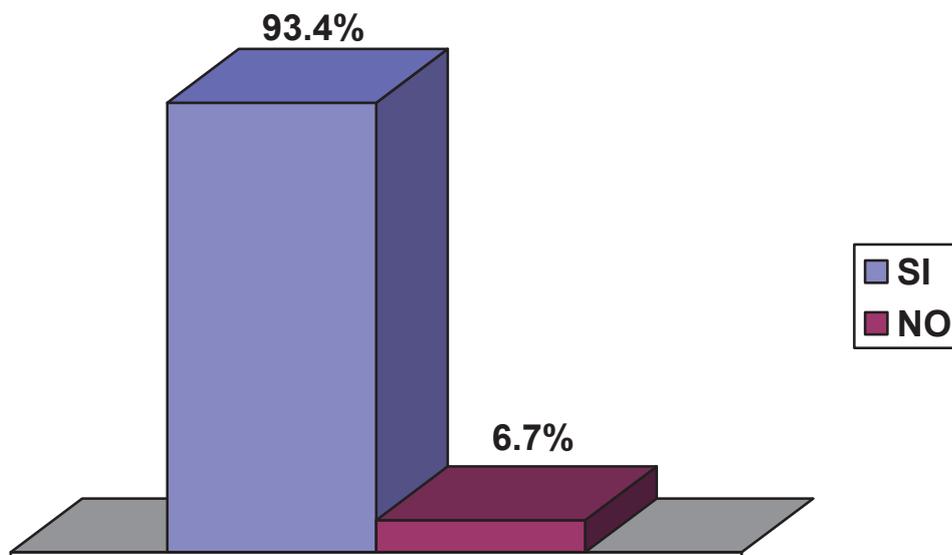
MADRES ADOLESCENTES QUE DICEN CONOCER LAS VENTAJAS QUE BRINDA LA LECHE MATERNA AL HIJO

CONOCE LAS VENTAJAS QUE LE BRINDA LA LECHE MATERNA A SU HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	28	93.4%
NO	2	6.67%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No 28

MADRES ADOLESCENTES QUE DICEN CONOCER LAS VENTAJAS QUE BRINDA LA LECHE MATERNA AL HIJO



Fuente: Cuadro No. 28

ANÁLISIS: El 93.4% de las madres adolescentes manifestaron conocer las ventajas que brinda la leche materna a su hijo, el 6.7% no conocen las ventajas. Esto nos indica que si sabían de las ventajas que les brinda la leche materna a sus hijos.

CUADRO No 29

MADRES ADOLESCENTES QUE CONOCEN LAS VENTAJAS QUE BRINDA LA LECHE MATERNA AL HIJO

CONOCIMIENTO DE LAS VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA AL HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Defensas e inmunidad	24	80%
Nutritiva, mas sana, mas natural	15	50%
Previene el Bajo peso, raquitismo y obesidad	3	10%
Infecciones respiratorias agudas (IRAS), enfermedades diarreicas agudas (EDAS)	11	36.6%
Lo protege contra el Sarampión	2	6.6%
Lo protege contra la Rubéola	2	6.6%
Previene el linfoma o proliferación de células malignas cancerigenas (L.L.A)	2	6.6%
Le proporciona vitaminas	4	13.3%
Mejor crecimiento y desarrollo (CyD)	2	6.6%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

Fuente: Cuadro No. 29

ANALISIS: Los datos más sobresalientes del Cuadro No. 29 son. El 80% de las madres refirieron que la leche materna le da defensas e inmunidad, el 50% dice que la leche materna es más nutritiva, más sana, más natural y, el 36.6% nos menciona que la leche materna protege al hijo de infecciones respiratorias (IRAS) y enfermedades diarreicas (EDAS). Esto nos indica que si conocen la importancia o ventajas de la leche materna.

CUADRO No 30

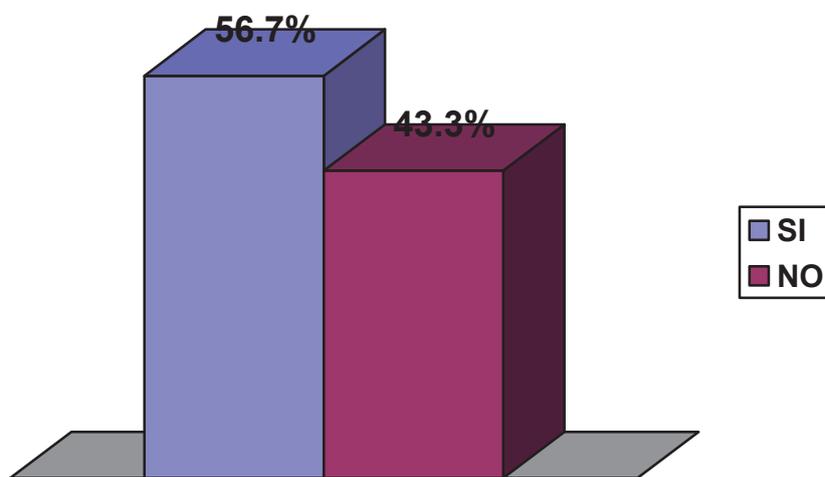
MADRES ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ORIENTACIÓN POSPARTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA PARA AMAMANTAR A SUS HIJOS

EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA RECIBIÓ ORIENTACION SOBRE TECNICA DE AMAMANTAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	56.7%
NO	13	43.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRAFICO No. 30

MADRES ADOLESCENTES QUE RECIBIERON ORIENTACIÓN POSPARTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA PARA AMAMANTAR A SUS HIJOS



Fuente: Cuadro No. 30

ANALISIS: El 56.7% de las madres adolescentes manifestaron sí haber recibido orientación sobre técnica de amamantamiento posparto, el 43.3% no recibieron

orientación; esto nos indica que la mayoría de las madres adolescentes sí se les capacita en su estancia hospitalaria.

CUADRO No 31

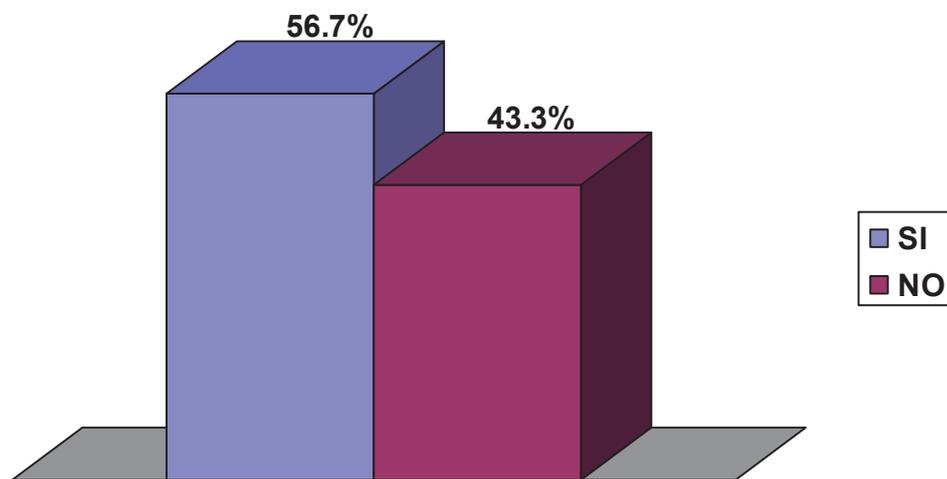
MADRES ADOLESCENTES QUE FUERON CITADAS POSTERIORMENTE PARA DARLE SEGUIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

DESPUES DEL ALTA HOSPITALARIA SE LE DÍO CITA PARA SEGUIR BRINDANDOLE ORIENTACIÓN DE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	56.7%
NO	13	43.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRAFICO No. 31

MADRES ADOLESCENTES QUE FUERON CITADAS POSTERIORMENTE PARA DARLE SEGUIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No. 31

ANALISIS: El 56.7% de las madres adolescentes manifestaron si fueron citadas posteriormente para darle seguimiento de la lactancia materna, el 43.3% no fueron citadas; esto nos indica que si hay una mayor disponibilidad por parte del personal de salud para seguir brindándole orientación posteriormente.

CUADRO No 32

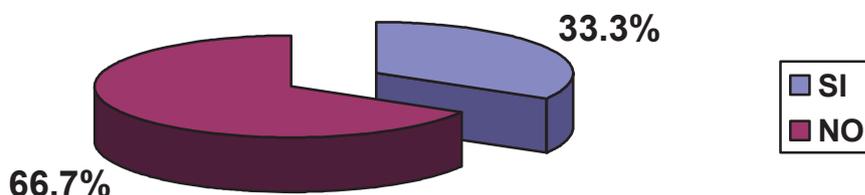
**MADRES ADOLESCENTES QUE ABANDONARON LA LACTANCIA MATERNA
POR PROBLEMAS ANTES DE LOS 40 DÍAS**

ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	33.3%
NO	20	66.7%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRAFICO No. 32

**MADRES ADOLESCENTES QUE ABANDONARON LA LACTANCIA MATERNA
POR PROBLEMAS ANTES DE LOS 40 DÍAS**



Fuente: Cuadro No. 32

ANALISIS: El 66.7% manifestaron no abandonaron la lactancia materna antes de los 40 días, el 33.3% si abandonaron la lactancia materna; esto nos indica que no se les presentaron problemas de riesgo para abandonar la lactancia materna sino a una mínima parte.

CUADRO No 33

PROBLEMAS PRESENTADOS POR LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ABANDONARON LA LACTANCIA MATERNA ANTES DE LOS 40 DÍAS

PROBLEMAS PRESENTADOS ANTES DE LOS 40 DÍAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Irritación del pezón	8	26.6%
Formación de grietas, comezón	8	26.6%
Por embarazo muy próximo uno de otro	1	3.3%
Se le presentó fiebre y dolor	7	23.3%
Escasa producción de leche	3	10%
Se suspendió la bajada de la leche	*1	3.3%
Mareos constantes	1	3.3%
Congestión y distensión mamaria	4	13.3%
Reflujo por intolerancia a la lactosa	2	6.6%
Se le presentó problemas del riñón a la mamá	*1	3.3%
Que el bebé no aceptó la leche materna	*1	3.3%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

Fuente: Cuadro No.33.

ANÁLISIS: Los datos más sobresalientes son: Al 26.6% de las madres adolescentes se les presentó irritación del pezón, formación de grietas y comezón, el 23.3% presentó fiebre y dolor, el 13.3% presentó congestión y distensión mamaria. Sin embargo el abandono de la lactancia mamaria solo se presentó en el 10% de las madres adolescentes por suspensión de la leche (1), por problemas renales de la madre (1) y porque el niño no aceptó el pecho (1). Son las que están con el asterisco

CUADRO No 34

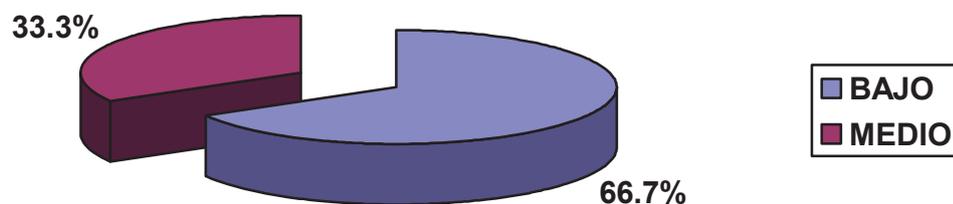
NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

NIVEL SOCIOECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	20	66.7%
MEDIO	10	33.3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta directa aplicada a madres adolescentes en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICA No 34

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No 34

ANÁLISIS: El 66.7% de las madres adolescentes que participaron en el estudio pertenecen al nivel socioeconómico bajo, y el 33.3% al nivel medio.

GRAFICOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

CUADRO No 1

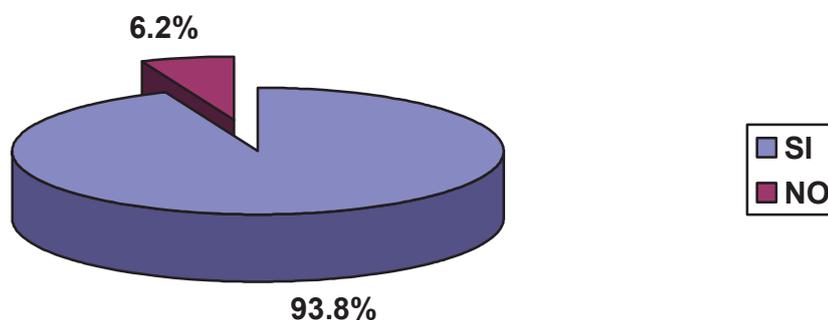
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA

CAPACITACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	93.8.%
NO	1	6.2%
TOTAL	16	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRAFICA No 1.

CAPACITACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA



Fuente: Cuadro No 1

ANÁLISIS: El 93.8% del personal de enfermería refirió haber recibido capacitación sobre lactancia materna, el 6.2% no

CUADRO No 2

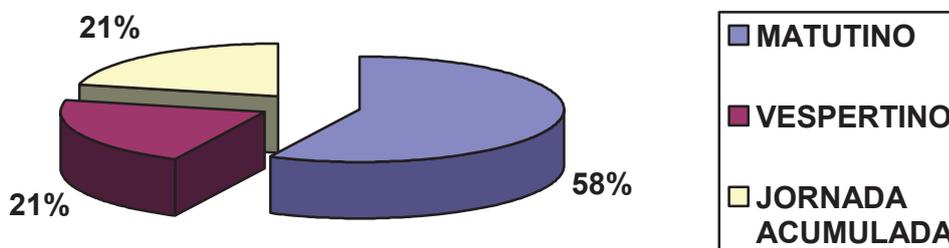
CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA POR TURNO DE TRABAJO

TURNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATUTINO	8	57.2%
VESPERTINO	3	21.4 %
JORNADA ACUMULADA	3	21.4 %
TOTAL	14	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRAFICO: No 2.

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA POR TURNO DE TRABAJO



Fuente: Cuadro No 2.

ANÁLISIS: El 50% del personal de enfermería refirió tener turno matutino, el 31.3% mencionó tener turno vespertino y el 18.7% jornada acumulada. Esto nos indica que el 50% tiene turno matutino y el otro 50% turno vespertino y jornada acumulada.

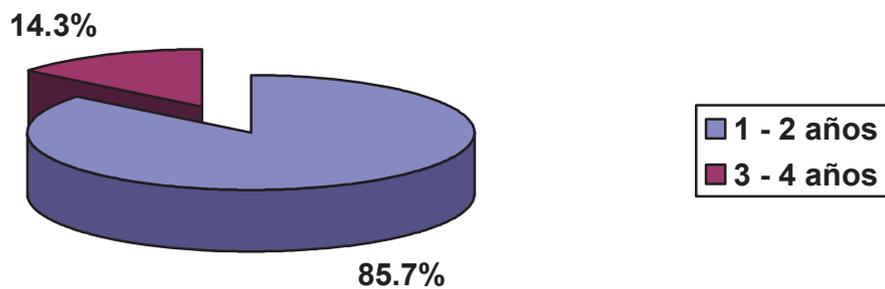
CUADRO No 3

AÑOS EN EL SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

AÑOS DE SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-2	12	85.7%
3-4	2	14.3%
TOTAL	14	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRAFICO: No. 3.



Fuente: Cuadro No.3.

ANALISIS: El 85.7% tiene de 1 a 2 años dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia, el 14.3% entre 3 y 4 años.

CUADRO No. 4

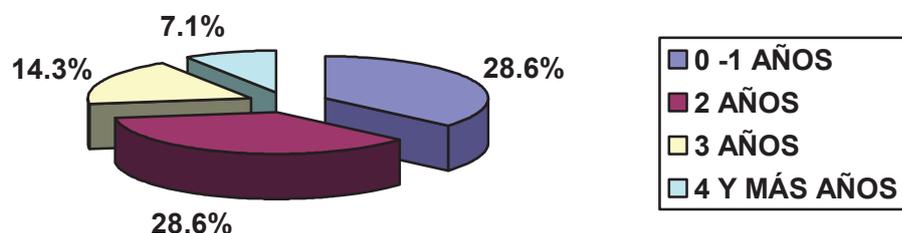
AÑOS EN PROMOVER LA LACTANCIA MATERNA

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 AÑO	3	21.4 %
2 AÑOS	4	28.6%
3 AÑOS	4	28.6%
4 y MÁS AÑOS	2	14.3 %
ESPORÁDICOS	1	7.1 %
TOTAL	14	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

CUADRO No. 4

AÑOS EN PROMOVER LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No.4.

ANALISIS: El 28.6% del personal de enfermería tiene 1 año o menos de promover la lactancia materna, el 28.6% 2 años, el 14.3% tiene 3 años y el 7.1% 4 y más años

CUADRO No 5

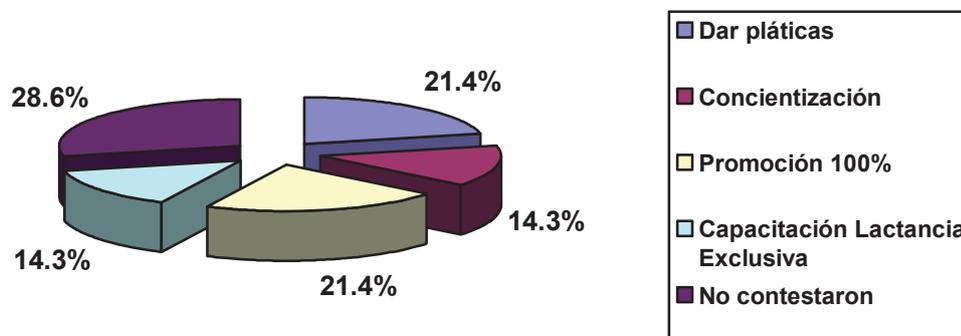
ESTRATEGIAS USADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA PROMOCIONAR LA LACTANCIA MATERNA

ESTRATEGIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DAR PLATICAS	3	21.4 %
CONSCIENTIZACIÓN Y QUE SE LLEVE A CABO	2	14.3 %
PROMOCIÓN AL 100 %	3	21.4 %
CAPACITACIÓN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	2	14.3% %
NO CONTESTARON NADA	4	28.6%
TOTAL	14	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICA No 5

ESTRATEGIAS USADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA PROMOCIONAR LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No. 5.

ANÁLISIS: El 28.7% del personal de enfermería no contestó que estrategia utiliza con las madres adolescentes para la capacitación de la lactancia materna, el 21.4% da pláticas a las madres, el 21.4% promueve la lactancia materna a todas las mujeres que acuden a consulta prenatal, el 14.3% concientiza a las madres adolescentes, el 14.3% capacitación de la lactancia materna exclusivamente

CUADRO No. 6

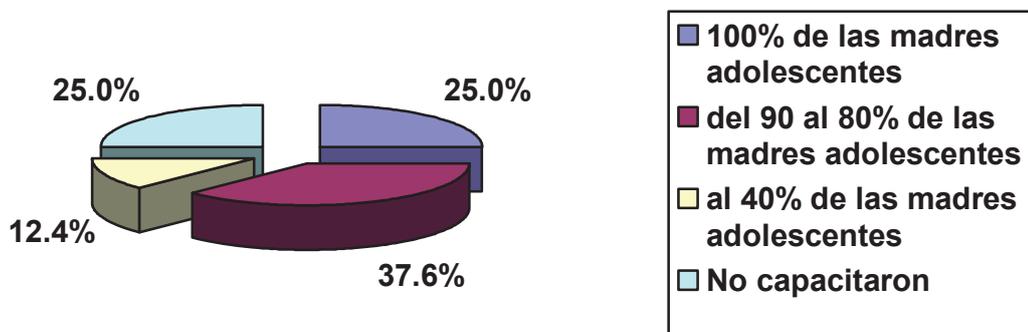
ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA A LAS MADRES ADOLESCENTES

TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Al 100 % de las madres adolescentes	4	25.0 %
Del 80 al 90 % de las madres adolescentes	6	37.6 %
Al 40 % de las madres adolescentes	2	12.4 %
No capacitaron	4	25.0 %
TOTAL	16	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICA No. 6

ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA A LAS MADRES ADOLESCENTES



Fuente: Cuadro No.6

ANÁLISIS: El 25% del personal de enfermería enseñó al 100% de las madres adolescentes la técnica de lactancia materna, el 37.6% capacitó entre el 80 y 90 % de las madres adolescentes, el 12.4% al 40 % de las madres adolescentes y un 25% no capacitó porque ya estaban capacitadas

CUADRO No. 7

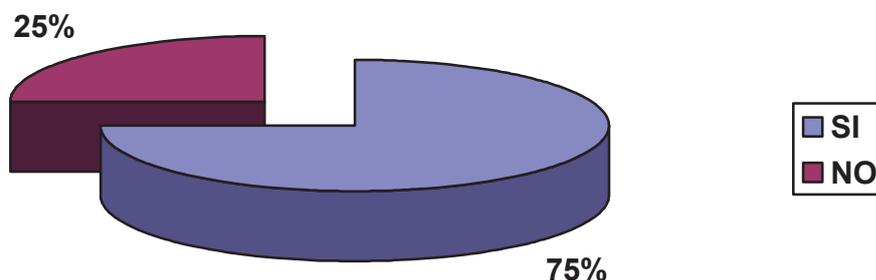
REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES EN LOS 40 DÍAS POSTERIORES AL PARTO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí		
No	12	75 %
No contestaron nada	4	25 %
TOTAL	16	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICA No. 7

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES EN LOS 40 DÍAS POSTERIORES AL PARTO



Fuente: Cuadro No.7

ANÁLISIS: El 75% del personal de enfermería refirió no tener registro ni seguimiento de la lactancia materna, el 25% no contestó nada.

CUADRO No. 8

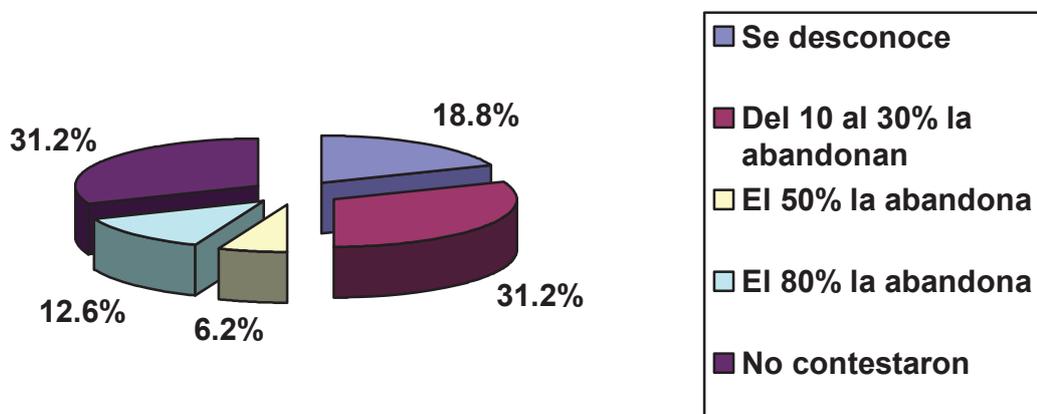
ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES ANTES DE LOS 40 DÍAS

TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Se desconoce ó no se da seguimiento	3	18.8 %
Del 10 % - 30 % la abandonan	5	31.2 %
El 50 % la abandonan	1	6.2 %
Un 80 % la abandonan	2	12.6 %
No contestaron	5	31.2 %
TOTAL	16	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICA No.8

ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES ANTES DE LOS 40 DÍAS



Fuente: Cuadro No.8

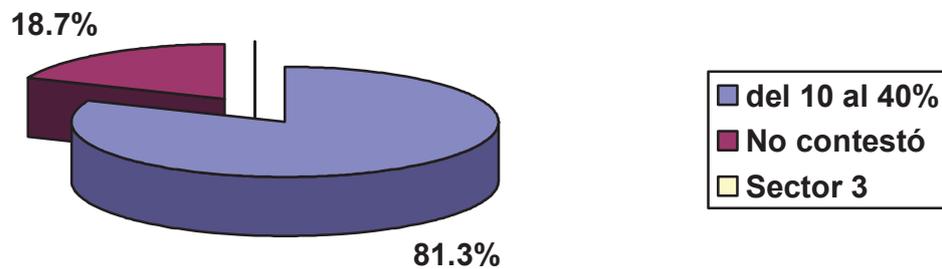
ANÁLISIS: El 31.2% del personal de enfermería contestó que abandonan la lactancia materna entre el 10 y el 30% de las madres adolescentes, el 31.2% no contestaron, el 12.6% dice que el 80% de las madres adolescentes la abandona y el 6.2% refiere que la abandonan el 50 % de las madres adolescentes.

**CUADRO No. 9
PORCENTAJE DE RECHAZO A LA LACTANCIA MATERNA ANTES Y
DESPUES
DEL PARTO**

PORCIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Del 10 % - 40 %	13	81.3%
No contestó	3	18.7 %
TOTAL	16	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

**GRÁFICA No. 9
PORCENTAJE DE RECHAZO A LA LACTANCIA MATERNA ANTES Y
DESPUES DEL PARTO**



Fuente: Cuadro No.9.

ANALISIS: El 81.7% de las enfermeras contestó que las madres adolescentes rechazan la lactancia materna antes y después del parto y el 18.3% no la rechaza

CUADRO No. 10

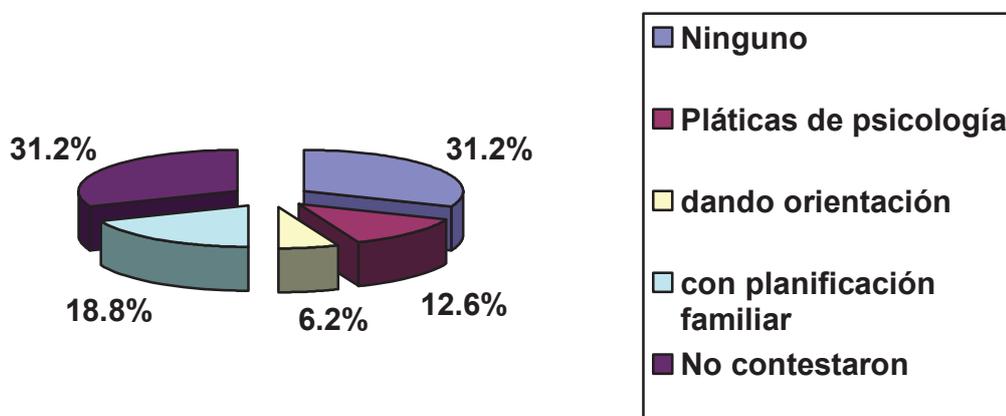
COMO APOYA LA INSTITUCIÓN A LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

APOYO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No conoce ningún apoyo	5	31.2 %
Platicas psicológicas de enfermería	2	12.6 %
Dando orientación sobre lactancia materna	1	6.2 %
Con métodos de planificación familiar	3	18.8 %
No contestaron	5	31.2 %
TOTAL	16	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICA No. 10

COMO APOYA LA INSTITUCIÓN A LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro No.10

ANALISIS: El 31.2% de las enfermeras contestaron que no se les da ningún apoyo a las madres adolescentes, el 12.6% con pláticas de psicología, el 6.2% dando orientación, el 18.8% con planificación familiar y el 31,2% no contestó.

CUADRO No. 11

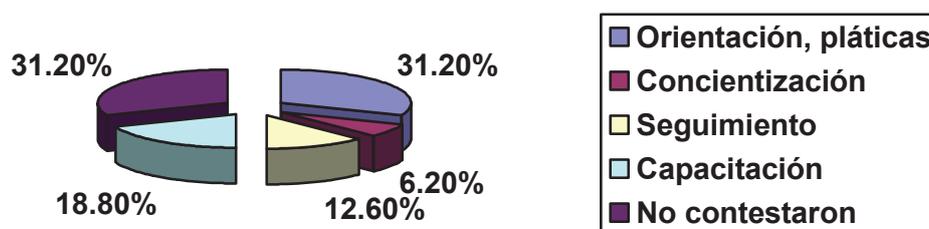
PROPUESTA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA PRESERVAR Y FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES CUANDO EGRESAN DEL HOSPITAL

PROPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dando orientación, pláticas y no aceptar la utilización de biberones	5	31.2 %
concientización de la importancia que tiene la lactancia materna	1	6.2 %
Seguimiento y citación a consulta externa de las madres adolescentes mínimo a los 2 meses	2	12.6 %
Capacitación sobre lactancia materna Con folletos y equipo audiovisual para realizar el seguimiento en la lactancia materna	3	18.8 %
No contestaron	5	31.2 %
TOTAL	16	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICO No. 11

PROPUESTA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA PRESERVAR Y FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES CUANDO EGRESAN DEL HOSPITAL



Fuente: Cuadro No.11

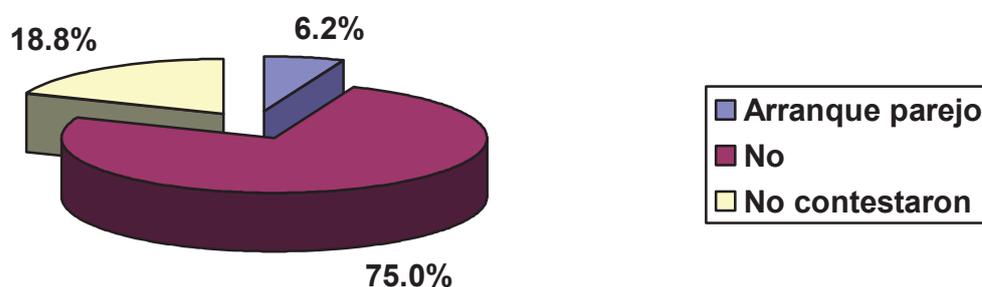
ANÁLISIS: El 31.2% del personal de enfermería propuso dar orientación y pláticas para fomentar la lactancia materna, el 12.6% considera que debe darse seguimiento a las madres adolescentes sobre la lactancia materna, otro 12.6% refiere que deben contar con un programa bien establecido y equipado con folletos y más material audiovisual para darle seguimiento a la lactancia materna, el 6.2% realiza una concientización sobre la lactancia materna

**CUADRO No. 12
PROGRAMAS DE APOYO DEL GOBIERNO HACIA LAS MADRES
ADOLESCENTES**

PROGRAMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí, Arranque parejo en la vida (hospital amigo sí)	1	6.2 %
No	12	75 %
No contesto	3	18.8 %
TOTAL	16	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

**GRÁFICA No. 12
PROGRAMAS DE APOYO DEL GOBIERNO HACIA LAS MADRES
ADOLESCENTES**



Fuente: Cuadro No.12

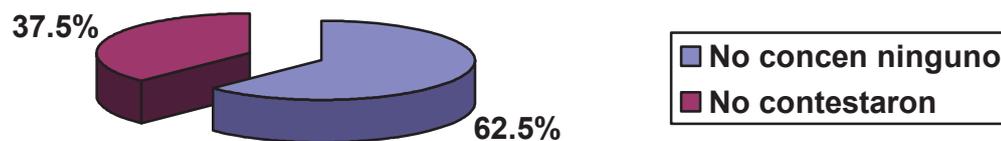
ANÁLISIS: El 75% de las enfermeras contestó que el programa arranque parejo es un programa del Gobierno que apoya a las madres adolescentes, el 18.8% no sabe y el 6.2% no contestó

CUADRO No. 13
APOYOS DEL GOBIERNO QUE TIENEN LAS MADRES ADOLESCENTES

APOYOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí tienen apoyos		
No conocen ningún apoyo	10	62.5
No contesto	6	37.5
TOTAL	16	100.0 %

Fuente: Encuesta directa aplicada al personal de enfermería en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. Diciembre del 2004

GRÁFICA No 13
APOYOS DEL GOBIERNO QUE TIENEN LAS MADRES



Fuente: Cuadro No.13.

ANALISIS: El 62.5% de las enfermeras no conocen ningún programa de apoyo para las madres adolescentes, el 37.5% no contestaron.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

El pasante de Licenciatura en Enfermería Alfonso Crescencio Leodegario Se encuentra realizando una investigación sobre el programa de lactancia materna en madres adolescentes, por lo que solicita su atenta colaboración para contestar las siguientes preguntas. Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración.

1.- ¿Está capacitada sobre Lactancia Materna por alguna Institución de salud?
SI () NO ()

2.- ¿Cuál es tu turno de trabajo?
Matutino () Vespertino () Jornada acumulada o especial ()

3.- ¿Cuántos años tiene en este servicio?

4.- ¿Cuántos años tiene de promover la Lactancia Materna?

5.- ¿Cuáles son las estrategias del programa?

6.- ¿A cuantas madres adolescentes se les enseñó la técnica de lactancia materna?

7.- ¿Si tienen registro y seguimiento de la lactancia materna en las madres adolescentes en los primeros 40 días después del evento obstétrico?

8.- ¿Cuál es el porcentaje de abandono de la lactancia materna en las madres adolescentes en los primeros 40 días?

9.- ¿Cuál es el porcentaje de rechazo a la lactancia materna antes y después del parto?

10.- ¿Cómo apoya la institución a las madres adolescentes?

11.- ¿Qué propone para preservar y fomentar la lactancia materna en madres adolescentes cuando egresan del hospital?

12.- ¿Conoce los programas de apoyo del gobierno hacia las madres adolescentes?

13.- ¿Cuáles son los apoyos del gobierno que tienen las madres adolescentes?

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

El pasante de Licenciatura en Enfermería se encuentra realizando una investigación sobre el abandono de la lactancia materna antes de los 40 días en madres adolescentes de 10 a 19 años, por lo que le solicitamos atentamente colabore en este estudio a fin de conocer los factores que intervienen en este proceso. Agradeciendo de antemano su participación.

INSTRUCCIONES: Favor de subrayar y contestar la respuesta que considere apropiada.

1.-Edad _____

2.-Estado civil

Madre soltera () Unión libre () Casada ()

3.- ¿Con quien vive?

Con sus papás () Con su pareja () Con su esposo ()
Con familiares paternos () Con familiares maternos ()
Con familiares del padre del niño ()

4.- ¿Otros? _____

5.- ¿Trabaja usted? Si () No ()

6.- ¿En que trabaja usted?

Ama de casa () Empleada doméstica () Empleada de almacén ()
Se dedica a estudiar () Otra _____

7.- ¿Tiene usted otros hijos? No () Si ()
Cuántos _____

8.- ¿Que edad tienen? Menos de 1 año () Más de 1 año ()

9.- ¿Está amamantando o amamantó a su hijo?

Sí () No ()

10.- Si contestó no ¿cuales fueron las causas que le impidieron amamantar a su hijo?

11.- ¿Cada cuanto amamanta a su hijo?

Libre demanda () cada hora () cada 2 horas () cada 3 horas ()

12.- ¿Cuántos meses amamantó o piensa amamantar a su hijo?

13.- ¿Cuántos meses considera usted que debe durar la lactancia materna?

14.- ¿Ha recibido usted orientación sobre lactancia materna?

Sí () No ()

15.- ¿En que institución se le orientó?

ISSSTE ()

IMSS ()

S.S.A. ()

)

16.- ¿Qué personal la orientó sobre la lactancia materna?

Enfermería ()

médico ()

trabajadora social ()

otras personas () ¿Quién ¿ _____

17.- ¿Qué material utilizó el personal de enfermería para proporcionarle la orientación?

Folletos ()

videos ()

laminas ()

otros ()

18.- ¿Qué tiempo utilizó el personal de enfermería para proporcionarle la orientación sobre lactancia materna?

20 Minutos a Media hora ()

1 hora ()

2 horas ()

3

horas ()

19.- ¿La orientación que le brindó fue? Individual () en grupo ()

20.- ¿Asistió a todas las platicas sobre lactancia materna?

Si () No ()

21.- Si contestó no, ¿Cuáles fueron los motivos?

22.- ¿A cuantas pláticas asistió?

23.- ¿Durante la orientación le hablaron sobre la forma de la mama?

Si () No ()

24.- ¿Durante los primeros meses solo amamantó al bebe con leche materna?

Si () No ()

25.- ¿Conoce usted el procedimiento de amamantamiento?

Si () No ()

¿Cuáles son? _____

26.- ¿Conoce usted la técnica de extracción de la leche materna?

Si () No ()

¿Cuál? Descríbala _____

27.- ¿Sabe usted las ventajas que le brindan la leche materna a su hijo?

a) Si contestó Sí ()

b) No ()

Mencione algunas:

28.- ¿Durante su estancia en el hospital después del parto recibió orientación sobre técnicas de amamantamiento por parte del personal de enfermería?

a) Si ()

b) No ()

29.- ¿Después que le dieron de alta en el hospital se le dio alguna cita para seguir brindándole orientación sobre lactancia materna?

a) Si ()

b) No ()

30.- ¿Ha tenido o tubo algún problema durante su periodo de lactancia hasta el momento, que considere de riesgo para abandonar la lactancia materna?

a) Si ()

b) No ()

¿Cuáles? _____

GLOSARIO

1.- Lactancia Materna: Es cuando el niño recibe solamente leche materna y ningún otro líquido o sólido como: Agua, jugo Otro tipo de leche, papillas, etc.

2.- Alojamiento conjunto: Es la ubicación del Recién Nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

3.- Adolescencia: Época que sigue a la infancia y se extiende y que se extiende desde los primeros signos de la pubertad hasta que el individuo la adquirido toda su madurez psicofísica.

4.- Alimento: (del lat. Alimentum). Toda sustancia que introducido en el organismo sirve para la nutrición de los tejidos o para la producción de calor.

5.- Alimentación: (del lat. alere, nutrir). Acto de dar o recibir alimentos.

6.- Atopia: (de a- y el gr. tópos, lugar). f. Desplazamiento ectopia. Fenómeno de hipersensibilidad humana sujeto a influencia hereditaria, que sería el fundamento del asma esencial y estados análogos.

7.- Calostro: Leche amarilla y espesa que producen las mamas durante el embarazo los primeros días después del parto.

8.- Galactopoyesis: Es la conservación de lactancia establecida.

8.- Hospital Amigo del niño y de la madre: Institución que aplica programas acciones y establece un modelo de atención cuyo eje gira en torno al momento de la lactancia materna y alojamiento conjunto.

9.- Infección: (del lat. infectio, -onis). Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivientes patógenos, y acción morbosa de los mismos y reacción orgánica consecutiva.

10.- Inmunidad: (del lat. inmunitas, -atis). Insensibilidad relativa de una persona o animal para una infección por microorganismos patógenos o para los efectos nocivos de ciertas sustancias antigénicas (p. ej., toxinas).

11.- Lactogénesis: Inicio de la secreción copiosa de la leche en el momento del parto o cerca de el.

12.- Lóbulo: (del lato lobulus). Porción más o menos saliente de una víscera, limitada por cisuras y divisiones.

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

14.- Metabolismo: (del gr. metabolé, cambio). Conjunto de transformaciones físicas químicas y biológicas que en los organismos vivos experimentan las sustancias introducidas o las que en ellos se forman.

15.- Oxitocina: Hormona segregada por la glándula Pituitaria que bajo su influencia, se excreta la leche materna.

16.- Prolactina: Hormona de la glándula Pituitaria que bajo su influencia, se excreta la leche materna.