

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACÁDEMICA
C. M. F. DR. IGNACIO CHÁVEZ**

**FACTORES QUE DIFICULTAN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MADRES TRABAJADORAS**

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. MARIA ISABEL AGUILAR PALAFOX

MEXICO. D. F 2006



No, de Registro: 255.2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES QUE DIFICULTAN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MADRES TRABAJADORAS**

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA ISABEL AGUILAR PALAFOX

AUTORIZACIONES

DRA. CATALINA MONROY CABALLERO

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”,
ISSSTE

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ASOCIADO “C” T.C. D.
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.
ASESOR

DR. E. RAÚL PONCE ROSAS

PROFESOR TITULAR “A”.T.C.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.
ASESOR

**FACTORES QUE DIFICULTAN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MADRES TRABAJADORAS**

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA ISABEL AGUILAR PALAFOX

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.
ASESOR

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.

**FACTORES QUE DIFICULTAN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MADRES TRABAJADORAS**

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA ISABEL AGUILAR PALAFOX

AUTORIDADES DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”
ISSSTE

ALBERTO CHÁVEZ SOLORZANO
DIRECTOR
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”,
ISSSTE

DR. LUIS ALBERTO BLANCO LOYOLA
JEFE DE ENSEÑANZA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”,
ISSSTE

	Índice	Pág.
1.	Marco Teórico	1
1.1	Antecedentes de Lactancia Materna	1
1.1.1	Definición	1
1.1.2	Composición	1
1.1.2.1	Características nutritivas	1
1.1.2.2	Características fisiológicas	2
1.1.2.3	Características inmunológicas	3
1.1.3	Ventajas de la Lactancia Materna Exclusiva	4
1.1.3.1	Ventajas para el lactante	4
1.1.3.2	Ventajas para la madre	7
1.1.3.3	Ventajas familiares y sociales	8
1.1.3.4	Ventajas ecológicas	8
1.1.4	Contraindicaciones	8
1.1.5	Síntesis histórica de las acciones mundiales a favor de la Lactancia Materna	10
1.1.6	Epidemiología de la Lactancia Materna Exclusiva a nivel mundial	13
1.1.7	Epidemiología en México	14
1.1.8	Factores que afectan la practica de la Lactancia Materna Exclusiva	16
1.1.9	Factores que influyen positivamente en la decisión de amamantar y en la duración de la Lactancia Materna	17
1.1.10	Lactancia Materna Exclusiva y trabajo	20
1.2	Planteamiento del problema	24
1.3	Justificación	26
1.4	Objetivos	28
1.5	Hipótesis	28
2.	Material y métodos	28
2.1	Tipo de estudio	28
2.2	Diseño de investigación del estudio	29
2.3	Población, lugar y tiempo	30
2.4	Muestra	30
2.5	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	30
2.6	Variables	31
2.7.1	Definición conceptual y operativa de las variables	37
2.7.2	Diseño de la base de datos	37
2.8	Diseño estadístico	41
2.9	Instrumento de recolección de datos	41
2.10	Método de recolección de datos	42
2.11	Medidas para evitar o controlar sesgos	42
2.12	Prueba piloto	43
2.13.1	Plan de codificación de datos	43
2.13.2	Análisis estadístico de los datos	43

	Índice	Pág.
2.14	Calendario de actividades	44
2.15	Recursos humanos, físicos y financiamiento del estudio	44
2.16	Consideraciones éticas	45
3.	Resultados	46
3.1	Edad y escolaridad	46
3.2	Estado civil	46
3.3	Número de partos	46
3.4	Consultas durante el control prenatal	47
3.5	Información sobre Lactancia Materna	47
3.6	Fuentes de información sobre Lactancia Materna	47
3.7	Técnica de Lactancia Materna	48
3.8	Conocimientos y experiencias acerca de los beneficios de la Lactancia Materna	48
3.9	Duración de Lactancia Materna Exclusiva	49
3.10	Complicaciones que motivaron la suspensión de Lactancia Materna Exclusiva	50
3.11	Indicación médica para suspender la Lactancia Materna Exclusiva	50
3.12	Horario de trabajo y días laborables	51
3.13	Tiempo de traslado a su trabajo	51
3.14	Facilidades laborales	51
3.15	Lugar en donde se llevo a cabo la Lactancia Materna y extracción de leche	51
3.16	Comentarios positivos de la pareja	52
3.17	Apoyo familiar	52
3.18	Estructura familiar	52
3.19	Ocupación familiar	53
3.20	Integración familiar	53
3.21	Ciclo de vida familiar	54
3.22	Comentarios de las madres acerca de la Lactancia Materna	54
3.23	Pruebas estadísticas	55
4.	Discusión	57
4.1	Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la medicina familiar	63
5.	Conclusiones	65
6.	Referencias bibliográficas	67
7.	Anexos	70

RESUMEN

Objetivos: Identificar los factores que dificultan una Lactancia Materna Exclusiva en la población derechohabiente y trabajadora, que asiste a la C.M.F. “Dr. Ignacio Chávez”, ISSSTE.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal, no comparativo.

Material y métodos: Se aplicó una encuesta (n=118), para obtener información sobre los factores que no facilitan la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres trabajadoras derechohabientes de la C.M.F. “Dr. Ignacio Chávez”. El estudio se realizó durante los meses de abril a junio de 2005, se obtuvo información de 61 variables y los datos se almacenaron en el programa estadístico SPSS V.12.

Resultados: Los factores que dificultan la Lactancia Materna Exclusiva en las madres encuestadas fueron maternos, laborales y familiares: el antecedente de un menor número de partos, que el equipo de salud no les haya enseñado la técnica de extracción de leche materna y las indicaciones para su manejo, no haber gozado de los dos periodos de descanso para lactancia en su trabajo, que no hayan realizado la extracción de leche durante su jornada laboral y la falta de comentarios positivos por sus parejas para lactar a su último hijo. El promedio de lactancia exclusiva fue de 1.3 meses.

Conclusiones: La duración de la Lactancia Materna Exclusiva en las madres de la C.M.F. Dr. Ignacio Chávez, que se reintegran al trabajo posterior al parto se encuentra por debajo de lo recomendado por organismos internacionales. La promoción de este tipo de alimentación por el equipo de salud de primer contacto, durante el control prenatal es fundamental y debe extenderse al periodo postnatal en forma rutinaria, para que las madres puedan superar las dificultades de las primeras semanas y su reingreso al trabajo, prolongando el tiempo de Lactancia Materna Exclusiva, tomando en cuenta los factores maternos, laborales y familiares que afectan a esta población de mujeres, disminuyendo con esto la morbilidad en los niños y sus madres y los costos para el sector salud derivado de dichos padecimientos.

Palabras clave: Lactancia Materna Exclusiva, Factores Maternos, Laborales y Familiares.

SUMMARY

Objectives: To identify all those factors that make difficult the Exclusive Breast Feeding in the rightful claimants and employed population that attends the “Dr. Ignacio Chávez”, ISSSTE, primary care center.

Design: Not comparative, Observational, Descriptive, Transversal study.

Material and Methods: It was applied a survey (n=118), to obtain information about the factors that make difficult the Exclusive Breast Feeding in rightful claimants and employed women of the CMF Ignacio Chávez. This study was developed from April to June of 2005, it was obtain information of 61 variables and the data was stored in the SPSSV.12 statistical program.

Results: The factors that make difficult the Exclusive Breast Feeding in the surveyed mothers were maternal, work and relatives: the antecedent of a minor number of childbirths, that the health care professionals did not taught to them the technique of expression of breast milk nor the indications for its manage, not have had the two rest's periods for the breast feeding in their jobs, that they had not expressed the breast milk during their job time, and the lack of positive comments from their couples for breast feed to their last child. The average of Exclusive Breast Feeding was 1.3 months.

Conclusions: The duration of the Exclusive Breast Feeding in the mothers of the CMF Dr. Ignacio Chávez that got to reincorporate to their jobs after the childbirth is below of the international organisms recommendations. The encourage of this type of feeding made for health care professionals of primary attention during of the prenatal control is very important and must be extended to postnatal period in a routinist mode, in order that the mothers overcome the difficult of the first weeks and their comeback to their jobs, prolonging the duration of the Exclusive Breast Feeding, taking in account the maternal, work and relatives factors that affect this women population, diminish with this the morbidity of child and their mothers and the costs for the Health Sector because these sufferings.

Key words: Exclusive Breast Feeding, Maternal, Work and Relatives Factors.

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES DE LACTANCIA MATERNA.

1.1.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹

Lactancia materna (LM) es la alimentación del lactante con leche humana desde su nacimiento.

Lactancia materna exclusiva (LME) es la alimentación con leche humana sin añadir otro alimento sólido o líquido durante los primeros seis meses de vida.

Lactancia materna complementaria (LMC) es aquella en donde se emplea leche materna, incluyendo sólidos o semisólidos y leche no humana.

Lactancia materna predominante (LMP) es la alimentación con leche humana (puede ser de otra mujer) más líquidos, infusiones y vitaminas.

1.1.2 Composición

La composición de la leche humana es compleja, actualmente se han reconocido más de 200 compuestos y de manera continua se identifican nuevos constituyentes. Las características específicas se agrupan en tres categorías generales nutritivas, inmunológicas y fisiológicas.

1.1.2.1 Características nutritivas^{3-6,8,10,14,15}

La leche humana es producida en cantidades similares a la demanda del lactante, se secreta aproximadamente durante la primera semana de 15 a 45 ml c/24 hrs., en el primer mes de 50 a 120 ml c/24 hrs. y alcanza un máximo de 120 a 210 ml c/24 hrs. entre el quinto y sexto mes.

De acuerdo con la edad del lactante, la leche materna muestra variaciones en su composición química y de valor energético:

a) Calostro Se secreta en dos fases, al final del embarazo y durante los 5 primeros días después del parto. Es rico en proteínas y vitamina A.

b) Leche temprana. Es secretada durante las primeras semanas de lactancia. Su composición cambia paulatinamente, disminuyendo los niveles de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles, aumentando la lactosa, grasas, vitaminas hidrosolubles y valor calórico total.

c) Leche madura. Es la leche que se secreta de los 2 a los 6 meses. Cuadro 1

Cuadro I

COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA

COMPONENTE	CALOSTRO	TRANSICIONAL	MADURA
Agua	87 gr	86.4	87.5
Carbohidratos	5.5	6.6	7.0
Grasas	2.9	3.5	4.0
Proteínas	4.1 gr	1.6	0.9
Caseína	1.6	0.5	0.25
Alfa lactoalbúmina	1.1	0.4	0.26
Beta lactoglobulina	0	0	0
Nitrógeno no proteico	91 mg	48	50
Minerales			
Calcio	39 mg	40	31
Fósforo	14	18	15
Potasio	74	64	53
Sodio	48	29	16
Hierro	70	40	80
Vitaminas			
Vit. A	151 mcgr	88	54
Vit. C	5.9 mg	5.5	4.4
Vit. D	0 mcgr	0	0.05
Vit. K	0 mcgr	0	3.4
Calorías	57 kcal	66	70

Fuente: Valenzuela R., *Manual de Pediatría*, ed. Interamericana Mc Graw-Hill, 11ª edición, 2001, pag. 116

1.1.2.2 Características fisiológicas^{3-9,11,14}

a) Enzimas. Se han identificado numerosas enzimas en la leche humana, que revisten de importancia para el lactante por su acción digestiva, bactericida e incluso para la síntesis de lactosa en la glándula mamaria. Estas son la amilasa láctea, lipasa de la leche humana y gástrica, lactosa sintetasa, lisozima, proteasa y lactoperoxidasa.

b) Hormonas. Se encuentran presentes varias hormonas como la prolactina, hormona liberadora de gonadotropina, hormona liberadora de tiotropina, hormona estimulante del tiroides, eritropoyetina, entre otras. Algunas intervienen en la maduración funcional de la propia glándula mamaria y en la producción de leche.

c) Factores de crecimiento y desarrollo. Son factores que estimulan el desarrollo y maduración del sistema digestivo y cerebral, así como estimulación del sistema inmunológico: el factor de

crecimiento epidérmico, factor de crecimiento similar a la insulina, factor de crecimiento neural, factores transformadores del crecimiento, factor de crecimiento derivado de plaquetas, entre otros.

Cuadro 2

Cuadro 2

ENZIMAS PRESENTES EN LA LECHE HUMANA	
ENZIMA	ACCION
Amilasa	Desarrolla la función digestiva en el lactante contribuyendo a la digestión de los polisacáridos
Lactosa- sintetasa	Síntesis de lactosa a través de UDP-galactosa y glucosa
Xantina-oxidasa	Transporte (acarreadores de metales)
Antiproteasa	Preservación de los componentes de la leche
Lisosima	Acción bactericida y potencia los efectos de las inmunoglobulinas
Lipasa de la leche humana estimulada por las sales biliares y lipasa gástrica	Hidrolizan a los triglicéridos, asegurando su absorción

Fuente: Shanler R., *Practicas Modernas en la Alimentación Infantil*, editado por Gerber, 2001, pag. 64

1.1.2.3 Características inmunológicas^{1-7,12,-14}

- a) Componentes humorales. La leche materna contiene cantidades importantes de inmunoglobulinas sintetizadas en la glándula mamaria, constituidas en un 90% por IgA secretora y en concentraciones menores por IgM, IgG, IgD, IgE. La síntesis de anticuerpos tiene que ver con el llamado círculo entero mamario, información aportada por el tubo digestivo de la madre por migración de linfoblastos. También se secretan otros componentes humorales no catalogados como anticuerpos que confieren protección ante procesos infecciosos como el factor bífido, los componentes C3 y C4 del complemento, lactoferrina, lisozima, lactoperoxidasa, factor de resistencia, lipasa de la leche humana, factor lipídico, alfa 2 macroglobulina, alfa 1 antitripsina, interferón y macromoléculas.
- b) Componentes celulares. La madre le transfiere al bebe durante la lactancia una dotación inmunitaria de células, tales como macrófagos, leucocitos polimorfonucleares, linfocitos B y T.
- c) Otros. Se han identificado otros componentes bioactivos que ejercen un efecto protector para el lactante frente a agentes patógenos, los nucleótidos y oligosacaridos.

d) Componentes anti inflamatorios. Se reduce la actividad inflamatoria a través de antioxidantes, lactoferrina, catalasa, IgA secretora, lisozima, prostaglandinas, histamina, arilsulfatos, receptores solubles tipo 1 y 2 para factor de necrosis tumoral alfa, IL 10 y antagonistas de los receptores de IL 1.

Cuadro 3

Cuadro 3

COMPONENTE ANTIINFLAMATORIO DE LA LECHE MATERNA	
COMPONENTE	FUNCIÓN
Antioxidantes	Interfiere con las actividades metabólicas del oxígeno y enzimáticos de los leucocitos PMN
Lactoferrina	Inhibe el complemento
Catalasa	Degrada el peróxido de hidrógeno
IGA secretora, lisozima y prostaglandinas	Inhibe el funcionamiento de los neutrófilos
Histaminasa	Degradación de la histamina
Arilsulfatos	Degradación de los leucotrienos
Receptores solubles Tipo 1 y 2 para TNF alfa	Modifica los efectos del TNF alfa
Antagonistas de los Receptores de IL-1	Modifica los efectos de IL-1
IL-10	Suprime la producción de citocinas pro inflamatorias

Fuente: Kaplan D., Alimentación al seno materno: pros y contras, Atención Medica, mayo 2002, pag.53

1.1.3 Ventajas de la Lactancia Materna Exclusiva

El alimentar al bebe exclusivamente al seno materno durante los 6 primeros meses de vida, trae consigo ventajas para el infante, la madre, la familia y la sociedad, tal como se muestra a continuación.

1.1.3.1 Ventajas para el lactante

La leche humana se adapta a las necesidades nutricionales del lactante, pues contiene lípidos que representan su principal fuente de energía, ya que le proporcionan triglicéridos, ácidos grasos esenciales (linoleico y alfa linoleico) y de cadena larga (araquidónico y decosaheptaenoico) imprescindibles para el crecimiento y desarrollo del cerebro, retina y los centros auditivos, cumpliendo también con funciones estructurales de la membrana celular y síntesis de prostaglandinas. La lactosa es el principal hidrato de carbono, necesario para el crecimiento y

desarrollo del sistema nervioso central (SNC). Además las proteínas proporcionan aminoácidos esenciales que favorecen el desarrollo del SNC^{1-4,8-15}.

La vitamina A asegura el crecimiento, desarrollo y modulación de los huesos y cartílago, la vitamina E incrementa la producción de Igs, favorece la función normal de linfocitos T y tiene actividad antioxidante que estabiliza la membrana celular. La vit. D controla la absorción y homeostasis del calcio. La vit. C tiene diversas funciones como el sintetizar colágeno y glucosaminoglucanos que constituyen el tejido conectivo y carnitina necesaria para la formación de catecolaminas; también participa en el desarrollo y funcionamiento del SNC, permite la eliminación de fármacos y tóxicos por el hígado y actúa en el sistema inmunitario. Las vitaminas del complejo B funcionan con carácter coenzimático en el metabolismo. La cantidad de agua de la leche materna es del 87% por lo que el bebé amamantado no necesita agua complementaria, tiene menos sobrecarga renal y una menor tendencia a la deshidratación^{1,9-11}.

El bebé puede digerir la leche materna fácilmente, porque la caseína forma cuajos de consistencia blanda en el estómago y se asimila más rápido, además la presencia de lactosa en todo el intestino delgado favorece el tránsito intestinal, con deposiciones más líquidas y ácidas, que contienen cuerpos reductores que evita el estreñimiento y la dermatitis del pañal. Debido a las prostaglandinas que estimulan la motilidad intestinal, la frecuencia de vómito, diarrea, regurgitaciones y reflujo es baja. Las proteínas homólogas disminuyen la posibilidad de reacciones alérgicas como el asma, eccema y eritema, ya que el bebé no se expone a antígenos alimentarios extraños. Siempre está disponible a la temperatura y consistencia adecuadas lo que favorece una mejor tolerancia. Si se continúa el amamantamiento en presencia de diarrea mejora la consistencia y disminuye el número de evacuaciones. Durante la succión del pecho, los músculos de la mandíbula del niño se ejercitan continuamente, fomentando el desarrollo de una mandíbula bien formada con dientes rectos y sanos^{1,12}.

Las ventajas inmunológicas son bien conocidas hasta los primeros 6 meses de vida, pero la protección frente a muchos patógenos se alarga hasta los 2 años y medio. La protección contra las enfermedades se clasifica de la siguiente manera^{1,2,7}:

- a) Enfermedades gastrointestinales. Se han identificado componentes de la leche materna que confieren protección contra patógenos específicos del intestino como Rotavirus, *C. jejuni*, *C. difficile*, *G. lamblia*, *S. tiphymurium*, especies de *Escherichia*, *Shigella* y *V. cholerae*.
- b) Enfermedades respiratorias y otitis media. La LME protege contra las infecciones de las vías respiratorias altas, principalmente la otitis media. En varios estudios se ha demostrado también que la frecuencia y gravedad de las infecciones de las vías respiratorias bajas como la neumonía, bronquitis y bronquiolitis disminuye en los lactantes alimentados con leche humana.
- c) Otras infecciones. La leche humana protege contra la enterocolitis necrosante en lactantes de pretérmino. En otros estudios se ha encontrado protección para *S. pneumoniae*, *S. aureus* y *C. albicans* y contra la bacteremia y meningitis causada por *H. influenzae* tipo B.
- d) Disminución de la inflamación. La leche materna protege al lactante y a la glándula mamaria contra ciertos agentes patógenos, sin producir efectos inflamatorios. Cuadro 3
- e) Estimulación de la inmunidad. Hay evidencias epidemiológicas y experimentales de que la leche materna afecta la inmunomodulación a largo plazo y los lactantes corren menor riesgo de padecer enfermedades alérgicas, trastornos digestivos crónicos, diabetes mellitus tipo 1, enfermedad de Crohn y linfoma. Además, las concentraciones de anticuerpos neutralizantes para el polisacárido Hib, la vacuna del poliovirus oral y el toxoide de la difteria, en respuesta a las vacunas aplicadas en la infancia, son más altas en los bebés alimentados con leche materna.

Los beneficios psicológicos del vínculo temprano entre la madre y el lactante, le brindan al bebé una sensación de seguridad y bienestar, augurando un desarrollo mental más saludable, así como la atención y protección materna desde el principio y durante el largo periodo del cuidado infantil. Actualmente se sabe que el ser humano nace varios meses antes de que su cerebro madure y al establecerse el vínculo protector madre-hijo, se evita que el pequeño se someta a un estrés emocional que afecte su SNC^{1,12}.

Las relaciones humanas se basan en el establecimiento de vínculos, de esta manera la relación que se establece en la LME, le garantiza al hijo una buena socialización en el futuro, una autoestima adecuada y una inteligencia emocional para toda la vida. La comunicación que el lactante recibe con el calor de la piel de la madre constituye la primera experiencia social de su vida^{1,12}.

1.1.3.2 Ventajas para la madre

El inicio de la LM en el posparto inmediato, permite la secreción de oxitocina a través de la succión del pezón por el recién nacido, la cual promueve las contracciones uterinas y la expulsión rápida de la placenta, evitando la hemorragia posparto y acelerando la involución uterina. También se incrementa la secreción de prolactina, que estimula la producción suficiente de leche para el bebé^{1,3,4,12-15,17}.

La LME sirve como método anticonceptivo ya que durante la succión, llegan al hipotálamo estímulos nerviosos por la médula espinal, para dar lugar a la liberación local de B- endorfinas, que incrementa la secreción de prolactina e impide la secreción de hormona liberadora de gonadotropina, inhibiendo el desarrollo de los folículos ováricos, la ovulación y la menstruación, que se prolongara mientras la lactancia sea frecuente, incrementando el intervalo entre los embarazos. Otra ventaja para la madre es la protección contra el cáncer de mama y de ovario, la disminución del riesgo de tromboembolia pos parto y osteoporosis^{1,12-14,17}.

Esta práctica, previene la depresión posparto ya que la oxitocina liberada durante la succión del pezón, desencadena en la madre un efecto tranquilizador y de bienestar, favoreciendo el sentimiento materno de protección y de realización. Al amamantar, se secretan endorfinas que inundan a la madre de sensaciones placenteras cuyo pico máximo se produce a los 20 minutos de iniciar la lactancia y el bebé también se ve recompensado, porque se las transfiere a través de la leche. De esta manera, dos seres humanos en contacto piel con piel crean un vínculo (apego) muy especial^{1,17}.

Le brinda comodidad a la madre, porque no tiene que prepararla ni esterilizar biberones, especialmente cuando trabaja o viaja, además obtiene un beneficio estético indirecto, porque los niños alimentados al SM huelen mejor ya que su peristalsis es adecuada y regurgitan menos^{1,4, 12,14}.

La LME incrementa la producción de prolactina, que facilita la actividad de la lipoprotein lipasa en la glándula mamaria y la inhibe en el tejido celular subcutáneo, disminuyendo el deposito de tejido adiposo, condicionando en las mujeres una recuperación del peso previo al embarazo más

rápidamente, observándose a los 6 primeros meses una disminución de la cadera entre un 4 y 6% aproximadamente¹.

1.1.3.3 Ventajas Familiares y Sociales

La LM representa para la familia un refuerzo de los lazos afectivos, promueve el cuidado y la socialización de los hijos, previene el maltrato infantil y el retraso de nuevos embarazos, controlando la explosión demográfica. La ventaja económica que obtiene la familia con esta alimentación, al no gastar en leche artificial, biberones, envases, etc., se ve reforzada por el menor costo en salud y medicamentos, repercutiendo en todas las sociedades, ya que con este tipo de alimentación disminuye la morbilidad infantil en el mundo y la mortalidad en los países en vías de desarrollo^{12,19}.

1.1.3.4 Ventajas Ecológicas

Como la leche humana es un producto natural, renovable y no contaminante, su producción y distribución no requiere energía, se entrega al consumidor sin ensuciar, sin originar desperdicios, no utiliza recipientes que haya que desechar y no se puedan reciclar, no requiere ser transportada, evitando el daño al medio ambiente, ya que los intereses comerciales de la alimentación artificial, han provocado la destrucción de bosques para conseguir pastizales y criar vacas, ha propiciado la creación de grandes industrias para procesar la leche, fabricar envases y biberones, que consumen grandes cantidades de combustible y producen contaminación; promueve la utilización de cantidades importantes de aluminio, estaño, cartón y papel, para los envases que si no se reciclan generan basura e incluso la propia leche envasada contiene 40 veces más aluminio que la humana y nueve veces más cantidad de plomo¹⁸.

Otros fenómenos condicionados por la alimentación artificial, son la producción de millones de biberones y utensilios de plástico, vidrio, silicona o de hule, que al ser incinerados como basura, generan dioxinas consideradas como cancerígenas. También se fomenta el uso de apósitos, tampones y papel por parte de las madres que no amamantan y que presentan su periodo menstrual tempranamente. Se usa indiscriminadamente el agua para preparar la formula láctea, lavar los utensilios y hervir los biberones y chupones¹⁸.

1.1.4 Contraindicaciones

Hoy se sabe, que son pocas las situaciones en las que se contraindica la LM y es imprescindible valorar cada caso en particular, para constatar la existencia de factores que supongan un riesgo elevado para la salud de la madre o del hijo⁷.

Se considera contraindicación absoluta que el lactante sea portador de galactosemia, alguna enfermedad materna grave, tanto orgánica como psicológica, las malas condiciones de higiene y si la LM supone el riesgo de infectar al niño. Existen pocas enfermedades maternas no infecciosas que contraindican en forma absoluta la lactancia, como en el caso del cáncer de mama de aparición en el embarazo o puerperio, algunos estados hipertensivos durante el embarazo como preeclampsia severa, eclampsia, epilepsia o alteraciones psiquiátricas que requieran hospitalización, en donde los medicamentos y las dosis pueden afectar al lactante, causándole depresión cardiorrespiratoria, sedación, somnolencia, afectación del sistema nervioso central a corto y largo plazo, problemas para su alimentación, etc.^{1,7, 17}

Son muy raras las enfermedades infecciosas maternas que descartan absolutamente la LM. Si una madre padece tuberculosis en fase activa (bacilos en el esputo), la separación obligada de su hijo es transitoria, mientras la madre recibe tratamiento antifímico, hasta que el frotis del esputo sea negativo, aproximadamente en 2 a 3 semanas, mientras tanto la madre puede alimentar a su hijo sacándose la leche, con medidas higiénicas preventivas y debe administrarse al hijo tratamiento profiláctico con isoniazida. Cuando la madre presenta lesiones activas por el virus del herpes simple no debe iniciar el amamantamiento, de igual manera, en el caso de la varicela queda contraindicada en forma transitoria por el elevado riesgo de contagio con las lesiones exantemáticas maternas, instaurándose una vez que haya pasado la etapa contagiosa y las lesiones ya no sean infectantes^{1,7, 17}.

En el caso de la rubéola, si la madre presenta síntomas clínicos durante la fecha de parto y el recién nacido no los tiene, es preciso aislarlo de la madre suspendiendo la lactancia de modo transitorio, pero si el neonato presenta síntomas se recomienda continuar la lactancia.

La leche humana puede ser la fuente de transmisión de algunos virus como el VIH, Herpes virus (HTLV-1 y HTLV-2) y virus hepatotrópicos (hepatitis A, B, C, citomegalovirus), sin embargo, en el caso de la hepatitis B el riesgo de infección en los lactantes no aumenta de manera significativa, por lo que no se contraindica, sobre todo si recibe inmunoglobulina y vacuna. La madre que se infecta por el virus de la hepatitis C, solo tiene contraindicado dar LM si padece insuficiencia hepática o es VIH positiva. La transmisión de Citomegalovirus a través del SM está demostrada, pero debido a que los lactantes al infectarse son asintomáticos, no se contraindica^{7, 17}.

Casi todos los fármacos se excretan en algún grado en la leche materna. La mayoría de los antimicrobianos pueden ser indicados durante la LM sin efectos serios sobre el bebé, sólo se contraindica en forma absoluta el cloramfenicol, así como los agentes antineoplásicos, radiofármacos, alcaloides de ergotina, yoduros/mercuriales, atropina, carbonato de litio, ciclosporina, metrotexate, ciclofosfamida, doxorubicina y bromocriptina^{7, 17}.

Se considera contraindicación relativa, el uso de sulfonamidas y ácido nalidíxico que pueden causar hemólisis en el lactante con deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, el metronidazol, tinidazol y tetraciclina. Los esteroides cuando se administran a dosis elevadas durante largo tiempo por la madre, pueden interrumpir el crecimiento del niño e interferir con su producción endógena de esteroides. La ingesta crónica de salicilatos puede ocasionar problemas hemorrágicos en el lactante^{7,17}.

La Academia Americana de Pediatría recomienda a las madres que dan pecho, no ingerir o abusar de drogas como anfetaminas, cocaína, heroína, marihuana, nicotina y fenciclidina, no solo por ser peligrosos para los lactantes, sino porque afecta la salud física y mental de las madres^{12,17}.

1.1.5 Síntesis histórica de las acciones mundiales a favor de la LM

- ♦ En 1972 la 27ª Asamblea Mundial de la OMS, advierte la disminución en las tasas de inicio, de la prevalencia y duración de la lactancia materna en muchos países¹.

- ◆ En 1981 se realiza la 34ª Asamblea Mundial de Salud, en donde la OMS adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y entre las recomendaciones más importantes destacan²¹:
 - a. Restringir la publicidad que actuaba directamente sobre el público.
 - b. No retribuir al personal sanitario por aportar publicidad a sus productos.
 - c. Evitar la distribución de muestras entre las madres.
 - d. Eliminar las comisiones a los profesionales de la salud por promocionar los productos comerciales.

- ◆ En 1989 la OMS/UNICEF establecen una Declaración Conjunta “Protección, promoción y apoyo de la LM: el papel especial de los servicios de maternidad”, recomendando los 10 pasos para un inicio exitoso de la lactancia natural, promoviendo el “Hospital Amigo del niño”, con un doble objetivo²²:
 - a. Promover la gran importancia que tienen los servicios de salud en la protección y promoción de lactancia natural.
 - b. Describir las medidas que pueden adoptarse para facilitar a las madres la información y el apoyo oportunos.

- ◆ En 1989 se lleva a cabo la Convención Sobre los Derechos del Niño y en el artículo 25 se señala el compromiso de asegurar que todos los sectores de la población y en particular los padres, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la LME y la higiene¹.

- ◆ El 01 de agosto de 1990 se firma en Florencia Italia la “Declaración de Innocenti”, por representantes de 40 países y organismos internacionales, que tiene como meta operacional que los gobiernos aseguren para 1995, que cada instalación que preste servicios de maternidad, practique completamente los diez pasos para una LM y como meta global que todas las mujeres practiquen la LME hasta los 6 meses, para lo cual precisa²³:
 - a. Deben hacerse esfuerzos para aumentar la confianza de las mujeres en su habilidad para desarrollar la LM.
 - b. Deben eliminarse todos los obstáculos que se presenten dentro del sistema de salud, del lugar de

trabajo y la comunidad.

- c. Todos los gobiernos deben desarrollar políticas nacionales sobre LM.
 - d. Las autoridades nacionales deben integrar a la LM en sus políticas generales de salud.
-
- ◆ El 29 y 30 de septiembre de 1990 se realiza la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, con el fin de adoptar una declaración sobre la supervivencia, protección y el desarrollo del niño y un plan de acción para aplicar la declaración en el decenio de los noventa. “Lograr que todas las mujeres amamenten a sus hijos durante 4 a 6 meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos”¹.
 - ◆ En 1998 la OMS y otros investigadores efectuaron revisiones y un meta análisis, que demuestran la evidencia científica de cada uno de los diez pasos para un inicio exitoso de la LM²⁶.
 - ◆ Del 14 al 22 de mayo del 2001 se celebra en Ginebra, la 54ª asamblea de la OMS y se emite una resolución en donde se recomienda que los niños sean amamantados de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Un estudio experimental llevado a cabo en Honduras contribuyó de manera importante para llegar a este consenso, ya que demostró un mejor desarrollo motor infantil, una mayor duración del período anovulatorio de la madre después del parto y un menor riesgo de morbilidad en el niño a comparación de la LME hasta los 4 meses²⁷.
 - ◆ En el 2001 la Academia Americana de Pediatría (AAP) declara que la LME es la nutrición ideal y suficiente para apoyar el crecimiento y desarrollo óptimos del bebé durante los primeros 6 meses después del nacimiento y debe continuarse al menos 12 meses y a partir de entonces, durante tanto tiempo como lo deseen madre e hijo¹.
 - ◆ En el 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud conocida como “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño”, la OMS recomienda una LME hasta los 6 meses, sin otros alimentos o líquidos, incluyendo agua, continuando con adecuados alimentos complementarios, no necesariamente de producción industrial, hasta los 2 años, como mínimo. Estableciendo como objetivos específicos²⁴:
- a. Sensibilizar acerca de los principales problemas que afectan a la alimentación del lactante y del niño pequeño.

- b. Aumentar el compromiso de los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras artes interesadas (organismos profesionales, instituciones de formación, empresas, organizaciones no gubernamentales, grupos de apoyo y de consumidores) a favor de las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño.
- c. Crear un entorno propicio para que las madres, las familias y otros grupos de atención tomen las decisiones adecuadas para la alimentación del lactante y del niño pequeño y puedan ponerlas en práctica.

1.1.6 Epidemiología de la LME a nivel mundial

Las tasas de LM son bajas en todo el mundo, pese a las recomendaciones de la OMS y de muchas otras agencias y asociaciones internacionales. En algunos países se debe a una tasa de inicio insatisfactoria, pero aun en los países donde el inicio se aproxima al 100%, tiene lugar una caída en su práctica por las mujeres, de diferentes edades y en las siguientes semanas tras el parto, porque es costumbre introducir otros alimentos o líquidos, observándose una minoría de niños que reciben leche materna hasta los 6 meses, en forma exclusiva^{19,20}.

En los países ricos la información disponible sobre las tasas de LME es abundante, pero es difícil su interpretación debido a las diferencias metodológicas, ya que son pocos, los que usan métodos de recolección de datos y definiciones recomendados por la OMS, citando como ejemplo en Estados Unidos con tasas de inicio del 69.5% y una prevalencia a los 6 meses del 32.5% en el 2001 o en Canadá del 75 y 30% respectivamente en 1999¹.

Aunque la alimentación artificial conlleva riesgos en cualquier parte del mundo, los efectos sobre la salud de la población varían, pues son de menor gravedad en los países ricos y dentro de ellos, en las clases sociales más altas; sin embargo, en los países pobres se agregan riesgos como la falta o escasez de agua potable, deficientes condiciones higiénicas del biberón y de su preparación, la transmisión de enfermedades infecciosas, un acceso limitado a los cuidados de salud y su tratamiento, una desnutrición generalizada, la falta de educación y pobreza, lo que conlleva a un aumento de la morbilidad y mortalidad infantil en menores de 5 años, siendo un ejemplo el número de episodios de diarrea, que se triplica en el primer año de vida, lo que incrementa el número de hospitalizaciones y la

mortalidad que puede ser hasta 25 veces superior. De hecho, en un estudio reciente se estimó que cerca de un 1.3 millones de muertes por diarrea, neumonía y sepsis neonatal en menores de 5 años, de 42 países que suman el 90% de todas las muertes en el mundo, podrían evitarse con la promoción de la LME^{1, 19,20}.

La OMS estima que, de un total de 94 países pobres, el 65% de la población de menores de 12 meses presenta una tasa de LME de entre 0 y 4 meses, información obtenida de encuestas demográficas y de salud, con metodología estandarizada. La División de Salud Familiar, de este organismo internacional, refiere que estos países están en la fase por la que otras poblaciones mas desarrolladas ya han pasado: la LME esta en descenso primero en las clases más ricas de las ciudades, luego progresivamente en las clases urbanas y pobres y finalmente en la población rural, observándose un resurgimiento en el mismo orden, primero son las mujeres más ricas y con un nivel de educación mayor las que retoman la lactancia, lo que es seguido por las demás como un fenómeno de imitación^{1,20}.

1.1.7 Epidemiología en México

En la década de los setentas el porcentaje de madres que inicio la LM fue del 78%, con una duración media de 8.7 meses, observándose que los lactantes de 3 meses eran alimentados en forma exclusiva en un 15.3% y que un 22% nunca fueron alimentados al seno materno^{28,29-31}.

Durante la década de los ochenta el 86.3% de las madres inicio la LM, con una duración media de 8.6 meses, siendo un 14 % de los lactantes menores de 4 meses quienes nunca recibieron leche materna y solo el 11.5% fueron alimentados de manera exclusiva durante los primeros 6 meses de vida^{28,29,31,37}.

En ambas décadas se compararon estos resultados, con los datos derivados de encuestas realizadas en diversos países en desarrollo, revelando que México tenía una de las peores tasas de inicio de LM y que el abandono de esta práctica era más frecuente en las zonas urbanas^{28-31,37}.

Las tendencias observadas en este periodo obedecen al “proceso de desprestigio social, que llevó al abandono sistemático de la práctica del amamantamiento o al destete prematuro tanto en zonas

urbanas como rurales de nuestro país” y algunos estudios sugieren que el médico propiciaba el uso de otras leches en el régimen alimenticio del niño^{30,32}.

Es importante mencionar que pese a las numerosas encuestas nacionales que se realizaron en México de 1976 a 1987, las tendencias a lo largo del tiempo son difíciles de establecer, debido al uso de diferentes técnicas de muestreo, métodos de cómputo y manera de definir la LM^{28,29}.

En la década de los noventa se establece que la duración y prevalencia de LME son bajas, observándose un incremento del 0.75 % por año a partir de 1985 al 2000, índice que se encuentra por debajo de lo logrado en otros países de América Latina como Honduras y Nicaragua que reportaron un incremento de 7.75% por año o Brasil con un 3.8% por año, de acuerdo a la segunda Encuesta Nacional de Nutrición (2ENN)²⁸.

En esta encuesta se refiere que un 93.2% de los lactantes son alimentados al seno materno, probablemente por la promoción de los Hospitales amigos del niño y la madre. En cuanto a la duración de LM el presente estudio reportó una media de 9 meses²⁸.

También se encontró que los lactantes menores de 4 meses reciben LME en un 25.7% y aquellos menores de 6 meses en un 20.3 %, mostrando que es alta en la región sur de México, en comunidades rurales, en la población indígena, en madres con bajo nivel socioeconómico y con menor escolaridad, sin empleo y que no cuentan con servicios de salud, así como las que tienen un IMC y peso por debajo del promedio^{28,37}.

En dicha encuesta, se observó que las niñas tienen el mayor porcentaje de LME (31.7%), situación determinada por el sexo del infante ya que las madres creen que a los varones se les beneficia con la introducción de alimentos en forma temprana y paradójicamente esto se asocia con un incremento de la morbilidad²⁸.

Los infantes con talla baja son beneficiados con LME, probablemente porque la madre interpreta que la cantidad de leche que produce es adecuada para el desarrollo de dichos lactantes (en < 4 meses fue 31.7% y < 6 meses fue 24%)²⁸.

En las madres con empleo, la introducción de alimentos en forma temprana es una estrategia para reducir el tiempo de espera de sus infantes mientras ellas trabajan, pues el porcentaje de LME < 4 meses fue de 18% y < 6 meses de 13.4 %^{28,37,39}.

1.1.8 Factores que afectan la practica de la LME

Diversas razones sociales, económicas y culturales, han hecho que en la sociedad actual se dé menos importancia a esta práctica tradicional, lo que ha repercutido en la disminución de su prevalencia. La decisión que tome una mujer para lactar depende de su historia personal, la situación geográfica, la edad, el nivel de estudios, el tipo de parto, la experiencia previa con otros hijos, así como la educación recibida sobre este tema por la familia y el personal de salud^{30,32,33,35,37,38}.

Actualmente se considera que la causa más usual de que las mujeres no lacten son las obligaciones laborales, que asociado al trabajo de su pareja modifica la vida familiar, en el proceso salud enfermedad de los niños, en sus cuidados y en su educación, siendo los principales factores, la incapacidad materna más corta que les impide a las madres amamantar a sus hijos el tiempo necesario, el plan de reincorporación al trabajo, la jornada laboral larga, falta de flexibilidad en los horarios de trabajo, el no contar con guarderías accesibles, la falta de lugares y equipo adecuados para la extracción de leche materna. A menudo las mujeres no se ven apoyadas ni recompensadas por el esfuerzo que realizan, al trabajar, progresar profesionalmente y criar a sus hijos, lo que condiciona el abandono de esta práctica^{37,39,41,42,46,49,50}.

Esto ha conducido a una falta de confianza a la hora de tomar la decisión de lactar, pues cuando surge el más mínimo inconveniente en la práctica de la lactancia natural, no se dispone del patrón de actuación y de los consejos capaces de mantener esta decisión, además las experiencias previas como un fracaso anterior para lactar disminuirá la motivación, mientras que una experiencia positiva la aumentará^{1,38,40}.

También la actitud del padre del niño, otros miembros de la familia y personas significativas cercanas a la gestante, influyen en la decisión de la madre en forma negativa o positiva, pero el factor más decisivo en la disminución de la LM es la falta de habilidad o experiencia para amamantar, práctica

que antiguamente se enseñaba de madre a hija y que ha ido desapareciendo en nuestros días ya que los patrones familiares son cada vez más nucleares, de modo que las familias tienen una mayor separación intergeneracional, perdiendo en gran medida las redes de apoyo familiar^{1,34,35,39,47}.

Los profesionales de la salud están cada vez más interesados en los avances tecnológicos y han perdido el interés por la lactancia y por la manera de ayudar a las mujeres a llevarla a cabo, además no siempre tienen la capacidad necesaria para hacerlo ni los conocimientos adecuados, por otra parte si la mujer recibe información contradictoria de diferentes profesionales su decisión de lactar se vera entorpecida¹.

La ciencia médica se ha vuelto cada vez más curativa y menos preventiva, la generalización del parto hospitalario ha propiciado la introducción de tecnología en el propio embarazo, en el parto y en la alimentación del neonato, pero también existen practicas hospitalarias inadecuadas, tales como obligar a la mamá a dar el pecho en horarios rígidos, suministrar biberones de suero o de leche de fórmula durante la noche o en momentos de llanto, que no tienen otra justificación que la comodidad para los prestadores de este servicio. Se ha invertido mucho en el desarrollo e investigación de fórmulas adaptadas para la alimentación infantil, que se han promocionado muy ampliamente entre las mujeres, incluso en los centros sanitarios^{1,32,37,39}.

Otros motivos de no iniciar la LM son las alteraciones de las mamas, la hipogalactia en partos anteriores, problemas de salud personales, si el recién nacido presenta problemas de salud, ingestión de tóxicos, si el parto fue por cesárea, si existen experiencias previas negativas, el estrés, si la madre es fumadora y es menor de 20 años^{1,2,12,35,37-40}.

La llamada liberación femenina se ha caracterizado históricamente por determinados cambios en el comportamiento de las mujeres adoptando la alimentación del bebé con biberón, entre otros. Esta práctica no tiene interés por los medios de comunicación, por lo que no se hacen públicos y notorios los beneficios que tiene la lactancia materna, tanto para la madre como para el lactante. Además, en zonas urbanas no se acepta socialmente que una madre amamante en lugares públicos, lo que puede afectar su decisión de lactar^{1,37}.

1.1.9 Factores que influyen positivamente en la decisión de amamantar y en la duración de la LM

El papel de los profesionales de la salud que están en contacto con la mujer resulta decisivo, ya que la educación materna aumenta la prevalencia y duración de la LM, sin embargo para estar en condiciones de ayudar a las mujeres los profesionales necesitan aprender acerca del amamantamiento, informando desde el primer contacto a todas las embarazadas sobre lactancia, así como en el momento del parto y posparto^{1,2,33,40,44,48}.

Cuando se esta realizando la historia clínica durante el control prenatal, por el médico o personal de salud que este controlando el embarazo, deben evaluarse las actitudes, creencias, conocimientos y experiencias de la mujer en relación con la alimentación del recién nacido. El escuchar activamente es la mejor forma de mostrar respeto por las decisiones de la mujer y la información que se proporcione debe reforzarse con documentos impresos y audiovisuales, que les permitan conocer los beneficios y las técnicas para un buen inicio y mantenimiento de la LM, porque aunque todas las mujeres estén capacitadas fisiológicamente para lactar, la realidad es que no es una conducta totalmente instintiva, siendo preciso aprender la técnica^{1,2,44}.

Es indispensable tener políticas sanitarias, imprescindibles para la instauración y el desarrollo de la LM en los centros asistenciales, porque es el primer nivel de atención el que tiene mayor oportunidad para promoción de la LME, además la Norma Oficial Mexicana “Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido”, 1993 considera como estándar de una atención prenatal adecuada, su inicio lo más temprano posible durante el primer trimestre de la gestación, con un mínimo de 6 consultas durante el embarazo, en las cuales además de llevar a cabo acciones relacionadas con la salud materno fetal, se norma la promoción de la LME^{22,25,26,53}.

El apoyo de la familia y de los allegados a la mujer que va a lactar, influye positivamente si comparten la decisión de la madre. El papel de la pareja es importante pues apoya a la madre participando activamente en los cuidados del embarazo, en la preparación del parto y en el cuidado del recién nacido lo que determina el éxito y la duración adecuada de la LM, por esta razón al promocionar esta práctica, debe involucrarse al padre para que conozca los beneficios para la madre y su hijo^{34,35,40,43,47}.

Durante la estancia hospitalaria es vital llevar a cabo los 10 pasos para una LME, tal como lo recomienda la OMS y UNICEF con la iniciativa Hospital Amigo de los Niños^{22,23}:

Primer paso

Disponer de una política sanitaria relativa a la lactancia, que por escrito y de forma sistemática, se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.

Segundo paso

Capacitar a todo el personal de forma que este en condiciones de poner en práctica esa política.

Tercer paso

Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y como llevarla a la práctica.

Cuarto paso

Ayudar a las madres a iniciar la LM durante la media hora siguiente al parto, promoviendo el contacto piel con piel.

Quinto paso

Enseñar a las madres como deben dar de mamar a su hijo y como han de mantener la lactancia, incluso si han de separarse de él.

Sexto paso

No dar a los recién nacidos más que leche materna sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que este médicamente indicado

Séptimo paso

Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y de sus hijos durante las 24 hrs. del día

Octavo paso

Fomentar la LM a demanda

Noveno paso

No facilitar el uso de biberones y chupones

Décimo paso

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres contacten con ellos a su salida del hospital

El apoyo a la LM debe continuarse posterior al nacimiento del bebé pues es frecuente que en esta etapa la madre tenga muchas dudas y se sienta incapacitada para lactar, porque en los primeros días suelen aparecer problemas relacionados con las mamas como hipogalactia, mastitis, grietas del pezón, ingurgitaciones, pezones doloridos o alteraciones en el bebé como llanto excesivo, falta de crecimiento, cólicos o problemas del sueño, entre otros, dando como resultado el abandono si no se orienta a la madre^{1,33,37-39,40,44,48}.

1.1.10 LME Y TRABAJO

El trabajo fuera de casa, ha sido tradicionalmente una cuestión de los progenitores varones y en este sentido ha tenido lugar un cambio significativo en los últimos años, al incorporarse la mujer en edad fértil, al mercado laboral, con una tasa de participación económica del 32.7% entre los 15 a 24 años y un 49.5% entre los 25 a 54 años⁵⁵. Esta progresión lleva a un aumento de las mujeres que dejan de amamantar a sus hijos cuando se reincorporan al trabajo^{36,39,42, 45,46,49}.

En general las tasas de inicio de la LM entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las que no lo hacen no presentan diferencias significativas, observándose en un 67.9% contra 67.2% respectivamente, sin embargo una jornada laboral fuera de casa superior a 20 hrs. semanales se traduce en el destete a las 16-20 semanas¹.

En las mujeres con actividad laboral, el factor de riesgo más importante para el abandono temprano de la LME, es la separación madre - hijo por periodos largos, ya que el número de horas en que la mujer trabaja por día, es inversamente proporcional al tiempo en que puede continuar esta práctica, de tal forma que aquellas madres que pueden tener cerca a sus hijos durante su horario laboral, logran mantenerla por más tiempo^{1,2,17,36,39}.

Otras barreras que experimentan las madres para continuar la LME tienen que ver con el lugar de trabajo y son el corto tiempo para reincorporarse al trabajo posparto, la carencia de facilidades para hacer más flexible su jornada, el menor tiempo destinado para la lactancia, la fatiga derivada del predominio de las actividades físicas en su ocupación, no contar con lugares adaptados para lactar, ni para la extracción de leche y su almacenamiento, el estrés laboral, la falta de guarderías cercanas al

lugar de trabajo y la reacción negativa por parte de sus compañeros de trabajo así como sus jefes^{1,2,17,39,42,45,49,50}.

Además existen otros factores que influyen negativamente en la duración de la LME, como la falta de enseñanza de esta práctica por parte de las madres, ausencia de motivación, el carecer del apoyo de la pareja y de la familia, la necesidad de mantener el trabajo por falta de empleo de su pareja, la dificultad para cumplir con diversos roles, la edad, el nivel de estudios, el tipo de parto, la experiencia previa con otros hijos, la falta de educación acerca de este tema durante el control prenatal, las alteraciones de las mamas como mastitis e incapacidad para mantener una adecuada producción de leche para el lactante, entre otros^{1,2,17,36-39,41-43}.

Combinar la LM y trabajo es un proceso complejo, por esta razón la madre y la familia deben estar seguros de que es la mejor elección, pues la incorporación al trabajo no debe implicar un destete forzoso, fenómeno que se está haciendo habitual, sin embargo la preparación anticipada permite lograr que su duración sea prolongada^{44,48}.

Existen factores que apoyan a las mujeres para continuar la LME al regresar al trabajo, como el mayor tiempo de incapacidad materna, apoyo del jefe o compañeros de trabajo, flexibilidad en el horario y durante el tiempo de lactancia, contar con un lugar limpio y privado para amamantar al bebé y la extracción de leche, con grupos de apoyo en el área laboral, con alguien de confianza que cuide a su hijo, el apoyo familiar, una dieta adecuada, el incremento de la lactancia por las noches y fines de semana y el conocer programas de educación sobre LME^{1,2,44,48}.

En los países en desarrollo, la promoción de la LME por los servicios de salud a las madres que trabajan, les permite anticiparse y resolver los problemas que podrían encontrar durante su retorno al trabajo, orientándolas sobre los siguientes aspectos^{2,41,42,46}:

- Comunicar sus planes con el jefe o supervisor antes del nacimiento de su bebé
- Convenir el tiempo de incapacidad materna
- Discutir el tiempo para dar lactancia y para extracción de leche
- Convenir las opciones para retornar al lugar de trabajo como la flexibilidad del horario, medio tiempo, trabajar en el hogar, etc.

- Investigar sobre programas de lactancia disponibles en el lugar de trabajo
- Solicitar un lugar adecuado para la alimentación del bebé y la extracción de la leche
- Investigar opciones para la extracción de la leche como el uso de saca leches y practicar en casa antes de reincorporarse al trabajo
- Acordar planes con el esposo y la familia o cuidadores del bebé
- Informarse sobre LME y empleo durante el control prenatal

Una vez que la madre se ha incorporado a su trabajo se promueve reducir el estrés y el cansancio mediante un reposo adecuado. En este punto la colaboración del padre o la familia es fundamental ayudando a tranquilizar y dormir al recién nacido después de las tomas, cambiándole los pañales, ayudándolo a eructar, cuidando a los hermanos mayores y en general en las tareas del hogar. Un caso especial lo constituyen las madres que deciden tener solas a sus hijos ya que necesitan una ayuda mayor de su familia, amigos e incluso compañeros de trabajo^{1, 2, 44}.

Dentro de otras acciones que debe llevar a cabo la madre para mantener la LME, se encuentran el amamantar a su bebe antes de ir al trabajo y al regresar, posponer la introducción de leche artificial el mayor tiempo posible, extraer la leche cada 3 hrs. en la primera semana de regresar al trabajo, para evitar la ingurgitación mamaria y asegurar la producción suficiente para el bebé, amamantar con más frecuencia por las noches y los fines de semana, relacionarse con otras madres que pertenezcan a grupos de apoyo y que puedan ayudarle a resolver problemas puntuales, usar ropa que se pueda levantar o desabotonar con facilidad^{2,40,41,44}.

La recomendación de la OMS y la AAP de prolongar la LME por 6 meses, no es fácil de aceptar por las mujeres trabajadoras del mundo, ya que el regreso temprano después del parto, no parece que favorezca su práctica y es una contradicción entre lo deseable y las normas legislativas. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, considera el marco legal para que las mujeres puedan lactar a sus hijos y que a la letra dice:

Artículo 123 Fracción V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozaran forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el

parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos⁵⁷.

Además en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se cuenta con 21 prestaciones y servicios, dentro de los cuales en la segunda prestación se indica proporcionar atención obstétrica, ayuda para la lactancia, alimentación complementaria y canastilla de maternidad a la mujer trabajadora⁵⁶.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se establece una estrategia llamada “Arranque parejo en la vida” que persigue garantizar una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos y una vigilancia estrecha de los niños de México, llevando a cabo la promoción de la LME durante el control prenatal y posterior al nacimiento⁵⁴.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La duración de la lactancia materna (LM) en México, es baja, en comparación con otros países de América Latina, desde la década de los setentas. Este hecho adquiere trascendencia cuando se observa que dentro de las primeras causas de morbilidad en el país, se encuentran las enfermedades diarreicas (EDAS) e infecciones respiratorias agudas (IRAS) y de acuerdo al Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, se estima que cada niño mexicano menor de 4 años, padecerá en promedio 2 episodios de diarrea y cinco de infecciones respiratorias al año, representando en el Sistema de salud 100 millones de consultas por estas causas por año, equivalentes al 30% de la demanda de consulta de la población enferma, así mismo, se ubican en los primeros lugares de demanda de atención en las unidades de medicina familiar^{51,54}.

Por otra parte, las desventajas por no llevar a cabo esta práctica, son la disminución de la respuesta inmune humoral y celular, de los efectos anti-inflamatorios, y evidencias epidemiológicas y experimentales indican que aumenta el riesgo de enfermedades alérgicas, cuando los lactantes se alimentan con formula o leche de vaca. Se afecta el estado nutricional, ya que los lactantes alimentados con sucedáneos, presentan una desaceleración del crecimiento y ganan mayor tejido adiposo. Existe un deterioro en la relación afectiva madre e hijo, que le impide al lactante obtener los beneficios psicológicos con la LME y el impacto en la economía familiar es importante. También favorece el riesgo de un nuevo embarazo y aumenta la incidencia de neoplasia mamaria en las madres^{2, 7, 12-14, 17}.

Debido a que existen repercusiones en la salud de los lactantes, cuando no hay una LME, las instituciones de salud, requieren de mayores recursos humanos, materiales y económicos para su atención. Diversos estudios revelan que la LME en México, se reduce en madres que desempeñan una actividad laboral, por lo tanto son ellas y sus hijos quienes demandan mayor consulta en el primer nivel de atención^{27-29, 31, 32, 35, 37-39}.

Esta situación representa para la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” (CMFICH), del Instituto al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), un alza en los costos de atención, citando como ejemplo que cada bote de leche maternizada cuesta en promedio \$59.50 y en el periodo

de 5 meses se le otorgan a cada menor un total de 25 botes, que en términos económicos nos dan un total de \$1487.50 por niño, que podrían no gastarse.

El acortamiento en la duración de este tipo de alimentación, es multifactorial, siendo fundamental el tiempo que permanecen separados madre e hijo, por el horario de trabajo y las distancias que deben recorrer para llegar a él, asociado a la falta de lugares y equipo adecuados para la extracción de leche materna y de otras facilidades laborales como el tener a sus hijos en guarderías cercanas a su lugar de trabajo, condicionando la disminución en la producción de leche, por el pobre estímulo de succión^{2,17,37-39,41,42,50}.

Las características personales de este grupo de mujeres, también afectan la LME como tener mayor escolaridad, las experiencias negativas con otros hijos, que el tipo de parto sea cesárea, la falta de conocimientos sobre este tema, el haber presentado complicaciones relacionadas con las mamas como hipogalactia, mastitis, grietas del pezón, dificultad para lactar por tener pezones invertidos o alteraciones en el bebé como llanto excesivo, falta de crecimiento, cólicos o problemas del sueño, así como el miedo de que se afecte su figura, la forma del seno o simplemente la falta de deseo de dar el pecho^{1,2,17,39, 40}.

Debido a que las familias son cada vez más nucleares, estas mujeres pierden las redes de apoyo y no cuentan con la ayuda para el cuidado de sus hijos o la administración de su leche extraída en su ausencia, con la pobre participación de la pareja en este proceso^{34, 35, 39,47}.

La falta de consejería en el periodo prenatal y postnatal por el sistema sanitario reducen la frecuencia de LME, ya que las madres desconocen la técnica de LM y principalmente de extracción de leche materna así como su almacenamiento, condicionando que la madre durante su jornada laboral no lleve a cabo esta práctica y disminuya su producción de leche, recurriendo a la introducción de sucedáneos de la leche materna²⁷.

Por lo antes descrito, el presente estudio pretende identificar los factores que dificultan una LME en la población adscrita a la Clínica de medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” que desempeña una actividad laboral.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La LME ofrece beneficios para la madre y su hijo, destacando el aspecto inmunológico, afectivo, económico, nutricional, anticonceptivo e incluso es un factor protector para cáncer de mama¹.

La literatura médica muestra la relación entre la LME y la protección contra enfermedades infecciosas. Los componentes de la leche materna condicionan en los lactantes, menores probabilidades de padecer diarrea, así como, infecciones respiratorias altas, sobre todo otitis media, disminuyendo la frecuencia y gravedad de las infecciones respiratorias bajas. Esta inmunidad transferida de la madre al neonato, es mediada por IgA secretora, que interfiere con la adherencia a la mucosa intestinal de bacterias, parásitos y virus., las glucoproteínas que actúan contra H. influenzae, E. coli y S. pneumoniae, la lactadherina para rotavirus., los oligosacaridos para C. jejuni, E. coli, S. pneumoniae y H. influenzae, observándose protección contra otros patógenos como G. lamblia, C. difficile, S. typhimurium, especies de Shigella y V. cholerae^{1-7, 9, 12, 15, 17}.

Además la leche materna estimula el desarrollo del sistema inmune, ya que aumenta la concentración sérica de anticuerpos, posterior a la administración de ciertas vacunas, como en el caso de la vacuna del poliovirus oral, el T. diftérico y H. influenzae^{1-7, 12, 13}.

Las necesidades energéticas de los lactantes hasta los 6 meses de edad son satisfechas con la LME, manteniendo un saludable crecimiento físico y un mejor desarrollo motor infantil^{1, 27}.

El intenso contacto físico y visual favorece un desarrollo mental más saludable y la sensación de seguridad en el lactante, constituyendo el fundamento para el desarrollo de todas las relaciones humanas, ya que representa la primera experiencia social de su vida^{1, 2, 4, 12, 17, 43}.

Durante la LME, la madre también obtiene beneficios, como la estimulación, a través de la succión precoz, de la secreción de oxitocina, que promueve las contracciones uterinas, la expulsión rápida de la placenta, disminuyendo la hemorragia post parto, acelerando la involución uterina. El estímulo de succión acelera la producción de prolactina en el lóbulo posterior de la

hipófisis, suprimiendo la liberación de hormona luteinizante y folículo estimulante, inhibiendo la ovulación en forma efectiva, disminuyendo el riesgo de un nuevo embarazo en el primer trimestre después del parto, prolongando el intervalo entre las gestaciones, además estimula la lactopoyesis por la vía diencefalo-hipofisiaria^{1-6, 12, 14, 17, 19, 27, 43}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los niños sean alimentados en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, para obtener los beneficios antes comentados, sin embargo, en México la duración de la LME es baja, principalmente en mujeres que desempeñan una actividad laboral, tal como lo demuestran diversos estudios^{20,27-30, 32, 37-39}.

En nuestro país, es evidente que la mujer se ha integrado cada vez más a la población económicamente activa, con una tasa de participación económica del 32.7 entre los 15 a 24 años y un 49.5 entre los 25 a 54 años, lo que ha generado un acortamiento en la duración de la LME, reflejando un impacto negativo en la salud de los lactantes, con un alto costo para las instituciones de salud y en la economía familiar^{28,37-40,55}.

En la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez”, ISSSTE, se encuentran 13,318 mujeres en edad reproductiva y algunas han tenido hijos, sin embargo en esta unidad no se han realizado investigaciones sobre los aspectos relacionados con la LME que han tenido las madres trabajadoras con sus recién nacidos, por esta razón es importante identificar los factores maternos, familiares y laborales que afectan la duración de esta práctica y que repercuten en el binomio madre-hijo.

La información obtenida estará disponible para que autoridades de la clínica y el equipo de salud lleve a cabo estrategias y acciones en aquellos factores que fueron identificados en este estudio con el objetivo de mejorar el inicio y duración de la lactancia materna en esta población de mujeres.

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 Objetivo general.

Identificar los factores que dificultan una Lactancia Materna Exclusiva en la población derechohabiente y trabajadora, que asiste a la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE.

1.4.2 Objetivos específicos.

- 1.-Identificar los factores laborales que dificultan la LME en madres trabajadoras.
- 2.- Identificar los factores maternos que dificultan la LME en madres trabajadoras.
- 3.- Identificar los factores familiares que dificultan la LME en madres trabajadoras.

1.5 HIPÓTESIS

Si la mujer trabajadora presenta características laborales, personales o familiares que dificultan la LME hasta los 6 meses, entonces la identificación de estos factores limitantes y su potencial modificación o cancelación permitirá que esta práctica sea efectiva.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

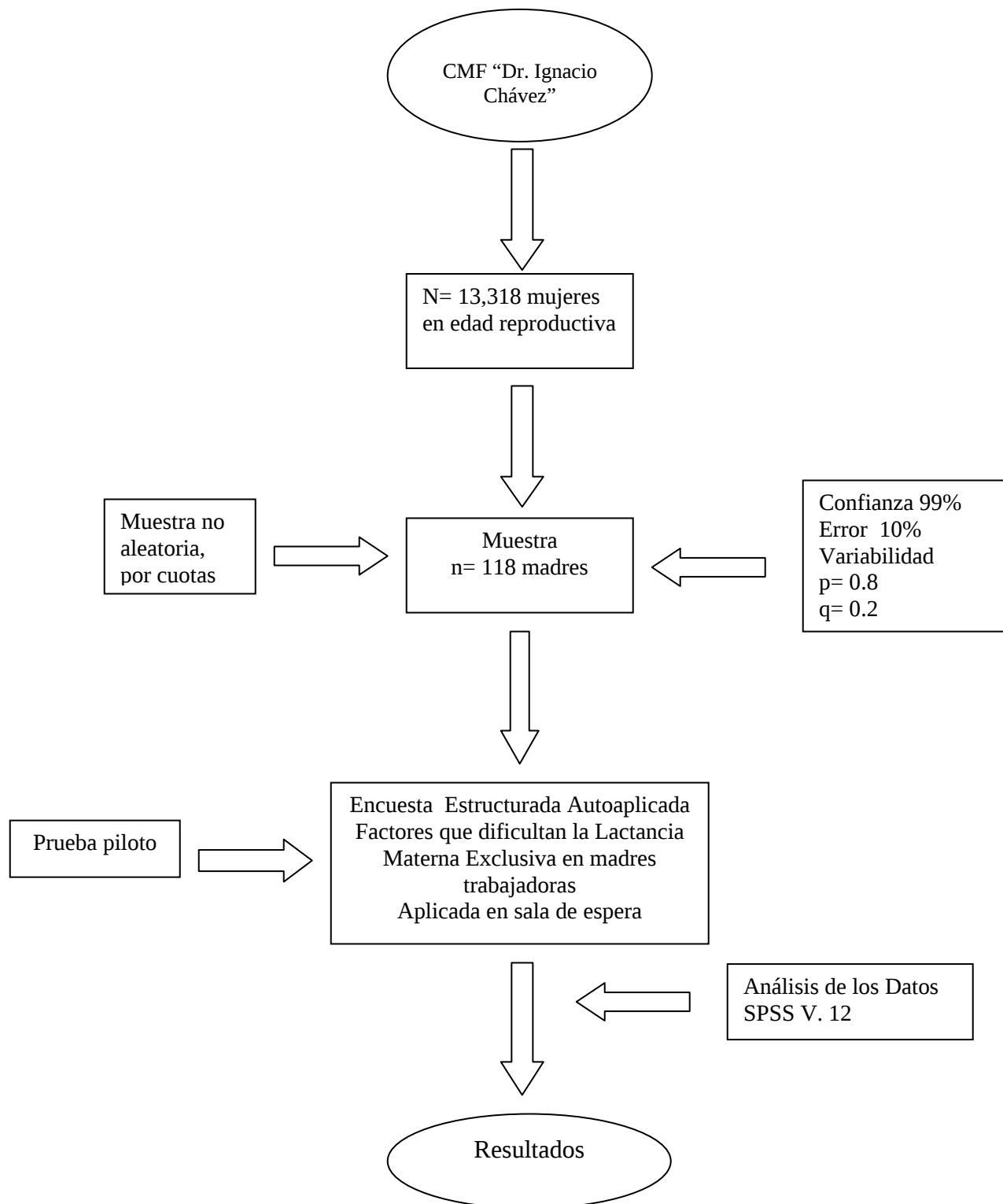
Observacional

Descriptivo

Transversal

No comparativo

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO



2.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Derechohabientes trabajadoras, adscritas a la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE, Delegación Sur, Distrito Federal, cuyos hijos nacieron en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2004.

Periodo del estudio: Del 01 de marzo al 30 junio de 2005

2.4 MUESTRA

Se utilizó una muestra no probabilística, obtenida por cuotas. El tamaño de la muestra se estimó con 99% de confianza, 10% de error y $p=0.8$, $q=0.2$ de variabilidad. Se aplicaron 118 encuestas.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

2.5.1 Criterios de inclusión

- Madres que sepan leer y escribir
- Madres derechohabientes trabajadoras
- Sin enfermedad conocida
- Con antecedente de parto eutócico o cesárea sin complicaciones
- Que cursaron con edad gestacional igual o mayor a 37 semanas de gestación en el último embarazo
- Con hijo(s) sano(s)

2.5.2 Criterios de exclusión.

- Madres con enfermedad diagnosticada o en estudio
- Con antecedente de complicación durante el parto o cesárea
- Con edad gestacional menor a 37 semanas de gestación
- Con hijos con patología congénita o neonatal

2.5.3 Criterios de eliminación

- Madres a quien se realizó encuesta incompleta por sucesos imprevistos
- Respuestas de encuesta con escritura ilegible
- Negativa a seguir participando una vez que haya iniciado la encuesta

-Que se encuentren sin actividad laboral durante el periodo de lactancia materna

2.6 VARIABLES:

Se estudiaron 61 variables distribuidas en siete secciones, las cuales se muestran a continuación. Cabe mencionar que en la sección de datos de la familia, hubo 8 variables que se relacionaban con cada uno de los integrantes que vivían con la madre, por tal motivo se realizó una base de datos especial.

Sección	Número de variables
Consentimiento de Participación Voluntaria	1
Ficha de Identificación	3
Datos de la Familia	8
Antecedentes Gineco-obstétricos	5
Características Maternas	27
Características Laborales	11
Características familiares	6
Total	61

Las variables del estudio su tipo, escala de medición y valores asignados a cada una de ellas se muestran en la siguiente tabla:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES
Número de folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a n
Edad	Cuantitativa	Continua	Valor de edad de la paciente
Escolaridad	Cuantitativa	Continua	Valor de años cursados
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= Casada 2= Unión libre 3= Soltera 4= Viuda 5= Divorciada 6.= Separada
Gestas	Cuantitativa	Continua	Valor de número de embarazos
Partos	Cuantitativa	Continua	Valor de número de partos

Cesáreas	Cuantitativa	Continua	Valor de número de cesáreas
Abortos	Cuantitativa	Continua	Valor de número de abortos
Embarazo actual	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
CARACTERÍSTICAS MATERNAS			
Último hijo deseado	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Nacimiento de último hijo	Cualitativa	Nominal	1= Eutocico 2= Cesárea
Consultas de control prenatal	Cuantitativa	Continua	Valor de número de consultas
Se le proporcionó Información sobre LM	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Número de veces que recibió información sobre LM	Cuantitativa	Continua	Valor de número de información recibida
Quien le dió información sobre LM	Cualitativa	Nominal	1= Médico 2= Enfermera 3= Trabajo social 4= Otro(estudiantes e internos de pregrado) 5= Curso psicoprofiláctico 6= Periódico mural 7= Nivel hospitalario 8= Nadie
Técnica de LM	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Técnica para la extracción de leche	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Decisión de lactar	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Porque decidido lactar	Cualitativa	Nominal	1= Por influencia del equipo de salud de su clínica 2= Por indicación del equipo de salud del hospital 3= Por indicación del medico particular 4= Por influencia familiar 5= Otros medios(revistas, internet) 6= Por experiencias positivas con otros hijos 7= Por falta de facilidades laborales 8= Conoce las ventajas por otra institución 9= Forma parte del equipo de salud y conoce las ventajas
Conoce las ventajas de la LM	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES
Disminución de riesgo de infecciones respiratorias	Cualitativa	Nominal	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se
Disminución de riesgo de infecciones gastrointestinales	Cualitativa	Nominal	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se
Disminución de riesgo de alergias	Cualitativa	Nominal	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se
Nutrición adecuada	Cualitativa	Nominal	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se
Relación afectiva madre-hijo	Cualitativa	Nominal	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se
Económica	Cualitativa	Nominal	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se
Temperatura ideal	Cualitativa	Nominal	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se
Método anticonceptivo	Cualitativa	Nominal	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se
Disminución de riesgo de Cáncer de de mama	Cualitativa	Nominal	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se
Conocimientos sobre otras ventajas	Cualitativa	Nominal	1= Desconoce otras 2= Contiene anticuerpos 3= La madre recupera su peso 4= Mejor desarrollo para el bebé 5= Protege al bebé contra el estreñimiento 6= No deforma los dientes en el bebé 7= Facilita la alimentación del bebé al salir de viaje 8= Se da a libre demanda
Duración de LME	Cuantitativa	Continua	1= De 1 día a 3 meses 2= De 3 meses 1 día a 6 meses o más
Complicaciones que condicionaron el abandono de la LME	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Tipo de complicaciones	Cualitativa	Nominal	1= Hipogalactia 2= Grietas en el pezón 3= Mastitis 4= Pezones invertidos 5= Ingurgitación de mamas 6= Enfermedad materna y administración de medicamentos 7= Rechazo del seno materno por el bebé 8= Cólicos en el lactante 9= Horario de trabajo 10= Falta de facilidades en el trabajo

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES
Cambios estéticos	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Recomendación a otras mujeres	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Motivo de la recomendación a otras mujeres	Cualitativa	Nominal	1= Nutrición adecuada 2= Relación afectiva madre-hijo 3= Económica 4= Temperatura ideal 5= Método anticonceptivo 6= Disminución del riesgo de cáncer de mama 7= Disminución de riesgo de infecciones respiratorias 8= Disminución del riesgo de enfermedades gastrointestinales 9= Disminución del riesgo de alergias 10= La madre recupera su peso 11= Mejor desarrollo para el bebé 12= Protege al bebé contra el estreñimiento 13= No deforma los dientes en el bebé 14= Facilita la alimentación del bebé al salir de viaje
CARACTERÍSTICAS LABORALES			
Ocupación materna	Cualitativa	Nominal	1= Técnica (laboratorista, etc.) 2= Empleada (secretaria etc) 3.= Profesional (abogada etc) 4.= Otros (intendencia, policía)
Cuantos empleos tiene la madre	Cuantitativa	Continua	Valor de numero de empleos
Lugar de trabajo	Cualitativa	Nominal	1= Oficina propia 2= Oficina compartida 3= Atención a usuarios 4= Otro
Tiempo que realiza para llegar a su trabajo	Cuantitativa	Continua	Valor de minutos realizados
Días laborados	Cuantitativa	Continua	Valor de días trabajados
Horario laboral	Cuantitativa	Continua	Valor de horas trabajadas
Le permitieron la hora de LM	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Lugar donde ofreció LM	Cualitativa	Nominal	1= Lugar de trabajo 2= Domicilio 3= Guardería 4= Otro
Extracción de leche materna en la jornada laboral	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Lugar de extracción de Leche materna	Cualitativa	Nominal	1= Antes de salir de casa 2= Durante el horario de trabajo 3= Al llegar a casa después del trabajo

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES
Otras facilidades laborales	Cualitativa	Nominal	1= Ninguna otra 2= Se otorgo periodo vacacional una vez terminada la incapacidad materna 3= Se le permitió lactar a su hijo en guardería, las veces necesarias 4= Cambio de actividades 5= Uso de refrigerador para la leche extraída 6= Permitir tener al bebé durante su jornada laboral 7= Otras
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES			
Comentarios positivos de su pareja	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Tipo de comentario positivo	Cualitativa	Nominal	1= Se obtiene beneficio económico 2= La leche nutre al bebé 3= El crecimiento y desarrollo del bebé es adecuado 4= El bebé se enferma menos 5= Es el mejor alimento 6= Es la mejor forma de dar afecto al bebé 7= Promover una mayor duración de la lactancia 8= Enseña todas las ventajas
Comentarios negativos de su pareja	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= no
Tipo de comentario negativo	Cualitativa	Nominal	1= El cambio estético 2= Promoción del biberón
Tipo de apoyo familiar	Cualitativa	Nominal	1= Ninguno 2= Cuidado del hijo por su abuela una vez que lactaba 3= Dar la leche extraída por la mamá en su ausencia 4= Cuidado de los otros hijos mientras lactaba a su bebé 5= Le ayudaban en las labores del hogar para que lactara a su bebé 6= Apoyo emocional 7= Enseñanza de la técnica de LM por el familiar
Comentario de la madre sobre LM	Cualitativa	Nominal	1= Estético 2= Afectivo 3= Mitos y costumbres 4= Control prenatal

Las variables acerca de los datos familiares, su tipo, escala de medición y valores asignados a cada una de ellas, se muestran en la siguiente tabla:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES
Número de Integrantes	Cuantitativa	Discontinua	Valor de número de integrantes
Parentesco con la trabajadora	Cualitativa	Nominal	01= Madre de la trabajadora 02= Padre de la trabajadora 03= Hijo 04= Nuera 05= Yerno 06= Nieto 07= Hermanos maternos 08= Hermanos paternos 09= Sobrinos maternos 10= Sobrinos paternos 11= Primos maternos 12= Primos paternos 13= Abuelos maternos 14= Abuelos paternos 15= Otros
Ocupación del familiar	Cualitativa	Nominal	01= Ama de casa 02= Jubilado/pensionado 03= Desempleado 04= Subempleado 05= Menor de edad 06= Estudiante 07= Estudia y trabaja 08= Campesino 09= Artesano 10= Obrero 11= Chofer 12= Técnico 13= Empleado 14= Profesional 15= Artista 16= Comerciante establecido 17= Empresario 18= Directivo
Miembros que aportan al gasto familiar	Cualitativa	Nominal	1= Esposo/pareja 2= Hijos 3= Otro miembro de la familia 4= El papa de los hijos 5= Nadie
Tipo de familia según su estructura	Cualitativa	Nominal	1= Monoparental 2= Nuclear simple 3= Extensa 4= Compuesta
Tipo de familia según su integración	Cualitativa	Nominal	1= Integrada 2= Desintegrada
Tipo de familia según su ocupación	Cualitativa	Nominal	1= Obrera 2= Técnica 3= Profesional
Etapas del ciclo de vida familiar	Cualitativa	Nominal	1=Expansión 2=Dispersión

2.7. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Para esta investigación se utilizó la definición de la OMS ya descrita en los antecedentes de este trabajo, la cual indica que la Lactancia Materna Exclusiva es la alimentación con leche humana sin añadir otro alimento sólido o líquido durante los primeros seis meses de vida y Lactancia Materna Complementaria es aquella en donde se emplea leche materna, incluyendo sólidos o semisólidos y sucedáneos de la leche materna. Operativamente se consideró Lactancia Materna Exclusiva cuando la mujer amamanto a su hijo exclusivamente con leche materna desde su nacimiento hasta los 6 meses y Lactancia Materna Complementaria cuando la madre adicionó además de su leche materna algún alimento sólido o líquido durante los primeros seis meses de la vida.

2.7.2 DISEÑO DE LA BASE DE DATOS.

Se diseñaron 2 bases de datos, una que recopiló información de las madres entrevistadas y otra con los datos de los integrantes de la familia. A continuación se muestra el diseño de la base de datos que incluye el número de la variable, nombre, tipo, ancho de la columna, etiqueta o nombre, valores y su escala de medición:

BASE DE DATOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS						
Número de variable	Nombre de la variable. (ocho caracteres)	Tipo N= numérico	Ancho de la columna Enteros	Etiqueta o nombre completo de la variable	Valores que toma la variable. Códigos	Escala de medición S= escalar N=nominal
1	Folio	N	3	Número de folio	Número consecutivo de 1 a n	S
2	Edad	N	3	Edad de la madre	Valor de edad de la paciente	S
3	Escolari	N	3	Escolaridad de la madre	Valor de años cursados	S
4	Edocivil	N	3	Estado civil de la madre	1= Casada 2= Unión libre 3= Soletra 4= Viuda 5= Separada	N
5	Nugestas	N	3	Numero de gestas	Valor del numero de embarazos	S
6	Nupartos	N	3	Número de partos	Valor del número de partos	S
7	Numcesar	N	3	Número de cesáreas	Valor del número de cesáreas	S
8	Numaborto	N	3	Número de abortos	Valor del número de abortos	S
9	Embactua	N	3	Embarazo actual	1= Si 2= No	N
10	Ulthijde	N	3	Ultimo hijo deseado	1= Si 2= No	N
11	Naulthij	N	3	Nacimiento de último hijo	1= Eutocico 2= Cesárea	N
12	Conprena	N	3	Consultas de control prenatal	Valor de número de consultas	S
13	Inlacmat	N	3	Se le proporcionó Información sobre LM	1= Si 2= No	N
14	Nuvecinf	N	3	Número de veces que recibió información sobre LM	Valor de número de información recibida	S

15	Qudionfo	N	3	Quien le dió información	1= Medico 2= Enfermera 3= Trabajo social 4= Otro(estudiantes e internos de pregrado) 5= Curso psicoprofilactico 6= Periódico mural 7= Nivel hospitalario 8= Nadie	N
16	Teclacma	N	3	Técnica de LM	1= Si 2= No	N
17	Tcextrac	N	3	Técnica para la extracción de leche	1= Si 2= No	N
18	Decilact	N	3	Decisión de lactar	1= Si 2= No	N
19	Pordelac	N	3	Porque decidido lactar	1= Por influencia del equipo de salud de su clínica 2= Por indicación del equipo de salud del hospital 3= Por indicación del medico particular 4= Por influencia familiar 5= Otros medios 6= Por experiencias positivas con otros hijos 7= Por falta de facilidades laborales 8= Conoce las ventajas por otra institución 9= Forma parte del equipo de salud y conoce las ventajas	N
20	Conventa	N	3	Conoce las ventajas de la LM	1= Si 2= No	N
21	Infrespi	N	3	Disminución del riesgo de infecciones respiratorias	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se	N
22	Infgastr	N	3	Disminución del riesgo de infecciones gastrointestinales	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se	N
23	Riesaler	N	3	Disminución del riesgo de alergias	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se	N
24	Nutradec	N	3	Nutrición adecuada	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se	N
25	Relafect	N	3	Relación afectiva madre e hijo	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se	N
26	Economic	N	3	Económica	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se	N
27	Tempidea	N	3	Temperatura ideal	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se	N
28	Metantic	N	3	Método anticonceptivo	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se	N
29	cancmama	N	3	Disminución de riesgo de Cáncer de mama	1= Ventaja 2= Desventaja 3= No se	N
30	Otrasven	N	3	Conocimientos sobre otras ventajas	1= Desconoce otras 2= Contiene anticuerpos 3= La madre recupera su peso 4= Mejor desarrollo para el bebé 5= Protege al bebé contra el estreñimiento 6= No deforma los dientes en el bebé 7= Facilita la alimentación del bebé al salir de viaje 8= Se da a libre demanda	N
31	Duraclam	N	3	Duración de LME	1= De 1 día a 3 meses 2= De 3 meses 1 día a 6 meses o más	N

32		N	3	Complicaciones que condicionaron el abandono de LME	1= Si 2= No	N
33	complica	N	3	Complicaciones	1= Hipogalactia 2= Grietas en el pezón 3= Mastitis 4= Pezones invertidos 5= Pezones adoloridos 6= Ingurgitación de mamas 7= Llanto excesivo del lactante por hambre 8= Falta de crecimiento del lactante 9= Cólicos en el lactante 10= Problemas del sueño del lactante 11= Horario de trabajo 12= Falta de facilidades en el trabajo 13= Falta de apoyo familiar	N
34	Camestet	N	3	Cambios estéticos	1= Si 2= No	N
35	Recotrms	N	3	Recomendación a otras mujeres	1= Si 2= No	N
36	Motrecom	N	3	Motivo de la recomendación a otras mujeres	1= Nutrición adecuada 2= Relación afectiva madre-hijo 3= Económica 4= Temperatura ideal 5= Método anticonceptivo 6= Disminución del riesgo de cáncer de mama 7= Disminución de riesgo de infecciones respiratorias 8= Disminución del riesgo de enfermedades gastrointestinales 9= Disminución del riesgo de alergias 10= La madre recupera su peso 11= Mejor desarrollo para el bebé 12= Protege al bebé contra el estreñimiento 13= No deforma los dientes en el bebé 14= Facilita la alimentación del bebé al salir de viaje	N
37	Ocupmate	N	3	Ocupación materna	1= Técnica (laboratorista, etc.) 2= Empleada (secretaria etc) 3.= Profesional (abogada etc) 4.= Otros (intendencia, policía)	N
38	cuaemple	N	3	Cuantos empleos tiene la madre	Valor de número de empleos	S
39	Lugdtrab	N	3	Lugar de trabajo	1= Oficina propia 2= Oficina compartida 3= Atención a usuarios 4= Otro	N
40	Tiemtrab	N	3	Tiempo que realiza para llegar a su trabajo	Valor de minutos realizados	S
41	Dialabor	N	3	Días laborados	Valor de días trabajados	S
42	Horlabo	N	3	Horario laboral	Valor de horas trabajadas	S
43	Perhorla	N	3	Le permitieron la hora de LM	1= Si 2= No	N
44	Lugdiolm	N	3	Lugar donde dio LM	1= Lugar de trabajo 2= Domicilio 3= Guardería 4= Otro	N
45	Extlmjor	N	3	Extracción de leche materna en la jornada laboral	1= Si 2= No	N
46	Lugextlm	N	3	Lugar de extracción de leche	1= Antes de salir de casa 2= Durante el horario de trabajo 3= Al llegar a casa después del trabajo	N

47	Otrsfaci	N	3	Otras facilidades laborales	1= Ninguna otra 2= Se otorgo periodo vacacional una vez terminada la incapacidad materna 3= Se le permitió lactar a su hijo en guardería, las veces necesarias 4= Cambio de actividades 5= Uso de refrigerador para la leche extraída 6= Permitirle tener al bebé durante su jornada laboral 7= Otras	N
48	Compospa	N	3	Comentarios positivos de su pareja	1= Si 2= No	N
49	Tipcompo	N	3	Tipo de comentario positivo	1= Se obtiene beneficio económico 2= La leche nutre al bebé 3= El crecimiento y desarrollo del bebé es adecuado 4= El bebé se enferma menos 5= Es el mejor alimento 6= Es la mejor forma de dar afecto al bebé 7= Promover una mayor duración de la lactancia 8= Enseña todas las ventajas	N
50	Comnegpa	N	3	Comentarios negativos de su pareja	1= Si 2= no	N
51	Tipcomne	N	3	Tipo de comentario negativo	1= El cambio estético 2= Promoción del biberón	N
52	Tipapofa	N	3	Tipo de apoyo familiar	1= Ninguno 2= Cuidado del hijo por su abuela después de lactar 3= Dar la leche extraída por la mamá en su ausencia 4= Cuidado de los otros hijos mientras lactaba a su bebé 5= Le ayudaban en las labores del hogar para que lactara a su bebé 6= Apoyo emocional 7= Enseñanza de la técnica de LM por el familiar	N
53	Comlacma	N	3	Comentario de la madre sobre LM	1= Estético 2= Afectivo 3= Mitos y costumbres 4= Control Prenatal	N

BASE DE DATOS DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

54	Numintgr	N	3	Número de Integrantes	Valor de número de integrantes	S
55	Partstra	N	3	Parentesco con la trabajadora	01= Madre de la trabajadora 02= Padre de la trabajadora 03= Hijo 04= Nuera 05= Yerno 06= Nieto 07= Hermanos maternos 08= Hermanos paternos 09= Sobrinos maternos 10= Sobrinos paternos 11= Primos maternos 12= Primos paternos 13= Abuelos maternos 14= Abuelos paternos 15= Otros: amigos, compadres, familiares lejanos, etc.	N
56	Ocupfami	N	3	Ocupación del familiar	01= Ama de casa 02= Jubilado/pensionado 03= Desempleado 04= Subempleado 05= Menor de edad	N

					06= Estudiante 07= Estudia y trabaja 08= Campesino 09= Artesano 10= Obrero 11= Chofer 12= Técnico 13= Empleado 14= Profesional 15= Artista 16= Comerciante establecido 17= Empresario 18= Directivo	
57	Gastfami	N	3	Miembros que aportan al gasto familiar	1= Esposo/pareja 2= Hijos 3= Otro miembro de la familia 4= El papa de los hijos 5= Nadie	N
58	Tipestru	N	3	❖ Clasificación de la familia con base en el parentesco	1. Monoparental 2= Nuclear simple 2. Extensa 3. Extensa compuesta	N
59	Tipinteg	N	3	❖ Clasificación de la familia con base en la presencia física y convivencia	1= Núcleo Integrado 2= Núcleo no integrado	N
60	Tipocupa	N	3	Tipo de familia según su ocupación	1= Obrera 2= Técnica 3= Profesional	N
61	Ciclvida	N	3	Etapas del ciclo de vida familiar	1= Expansión 2= Dispersión	N

❖ *Nota Metodologica:* Las variables clasificación de la familia con base en el parentesco y en la presencia física y convivencia, se basan en la 1ª Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, realizado en junio del 2005, en la unidad de Seminarios “Dr. Ignacio Chávez”, Vivero Alto, Cd. Universitaria.

2.8 DISEÑO ESTADISTICO.

El propósito del estudio fue describir los factores que le dificultan a una madre trabajadora lograr una lactancia materna exclusiva. Dicha variable se considero de tipo cuantitativo cuando la madre dio leche materna por 6 meses, se midió utilizando una escala continua, se espero que la variable tuviera una distribución normal y el tipo de muestra fue no probabilística determinado por cuotas.

2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento consto de 7 secciones:

Sección 1. Consentimiento de participación voluntaria

Sección 2. Ficha de identificación

Sección 3. Datos de la Familia

Sección 4. Antecedentes Gineco-obstétricos

Sección 5. Características maternas

Sección 6. Características laborales

Sección 7. Características familiares

La encuesta se aplicó en sala de espera con la técnica de autoaplicada entregándosela a las madres que aceptaron participar en el estudio, en el anexo 1 se presenta el instrumento de recolección de datos.

2.10 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró una encuesta en el mes de enero y febrero del 2005, para recabar información sobre los factores que pueden afectar a las madres para que no se lleve a cabo una LME. Se aplicó una prueba piloto en el mes de marzo, en la sala de espera de la CMFICH a madres con actividad laboral. Se hicieron las correcciones necesarias en las preguntas referentes a los datos de la familia que no eran comprendidas claramente por estas pacientes, se agregaron 4 preguntas, así como un comentario personal al final de la encuesta. El instrumento se aplicó en los meses de abril, mayo y junio de dicho año, previa autorización de la Dirección de la unidad a 118 madres, por personal de enfermería que se encuentra en la sala de espera y médico que presenta esta investigación, con técnica de auto aplicación, asignándole un folio a cada encuesta.

Para la recolección y procesamiento de los datos obtenidos, se crearon dos bases de datos, una para la familia y otra para las características maternas, laborales y familiares. En el programa estadístico SPSS versión 12, y se procedió a la realización de un análisis estadístico.

2.11 MEDIDAS PARA EVITAR O CONTROLAR SEGOS

El sesgo de información se reconoce que pudo haber estado presente porque la información proporcionada por las madres pudo haber sido falsa, sin embargo se confió en la veracidad de sus respuestas.

Se reconoce que hubo un sesgo de selección debido a que la muestra fue no aleatoria y de carácter voluntario.

El sesgo de medición se controló seleccionando la escala adecuada para cada una de las variables medidas, en particular la LME se midió en meses.

El sesgo de análisis se controló utilizando los procedimientos estadísticos adecuados y apropiados a la naturaleza de la escala de medición y tipo de variable.

2.12 PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto en el mes de enero y febrero del 2005, aplicando el instrumento a 30 madres con actividad laboral, con los resultados obtenidos de esta prueba se hicieron las correcciones pertinentes en las preguntas referentes a los datos de la familia que no eran comprendidas claramente por estas pacientes y se agregaron 4 preguntas en la sección de características maternas debido a los comentarios de las propias madres, así como un comentario personal al final de la encuesta, quedando 61 variables. El instrumento se aplicó en los meses de abril, mayo y junio de dicho año.

2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

2.13.1 PLAN DE CODIFICACION DE DATOS

Se diseñaron dos bases de datos para usarse en el programa estadístico SPSS versión 12, en ellas se codificaron las respuestas para cada pregunta cerrada.

2.13.2 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Por tratarse de un estudio descriptivo se utilizaron técnicas de estadística descriptiva. Las variables cualitativas se analizaron con medidas de resumen (porcentajes y frecuencias).

Las variables cuantitativas se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión (promedio, desviación estándar y rango).

Se realizó un análisis discriminante exploratorio con 34 variables para identificar las más importantes que se relacionan con la LME.

2.14 CALENDARIO DE ACTIVIDADES

Etapa/ actividad	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Planeación del proyecto	X											
Marco teórico		X	X									
Material y métodos			X	X								
Ejecución del proyecto					X	X	X					
Recolección de datos							X	X	X			
Almacenamiento de los datos								X	X			
Análisis de los datos									X			
Descripción de los resultados										X		
Discusión de los resultados										X		
Conclusiones del estudio											X	
Integración y revisión final											X	X
Reporte final												X
Impresión del trabajo final												X

2.15 RECURSOS

Recursos humanos:

- ◆ Un investigador autora de este trabajo
- ◆ Dos enfermeras capacitadas para la aplicación de encuestas
- ◆ Un asesor metodológico
- ◆ Un asesor de tesis
- ◆ Apoyo de los médicos familiares para entrevistar a las pacientes

Recursos físicos:

- ◆ Material de papelería: Hojas blancas, bolígrafos, engrapadoras, calculadora, disketts.
- ◆ Computadora personal Hp Pavillion
- ◆ Multifuncional Hp Pavillion
- ◆ Tinta de impresión

- ♦ Instalaciones de la Clínica de Medicina Familiar
- ♦ Apoyo de la biblioteca del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM

Recursos financieros:

Los recursos financieros fueron aportados por la autora del proyecto de investigación.

2.16 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación esta acorde con los principios básicos para toda investigación medica, ya que no implica ningún riesgo para la vida del paciente, su salud, intimidad y dignidad, de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos, contenido en la declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General de Edimburgo, Escocia, octubre 2000^{58,59}.

Con respecto a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en México, el presente trabajo se apega a lo establecido en el titulo segundo, articulo 17, categoría I de investigación sin riesgo ya que la información obtenida por los participantes es a través de una encuesta, en donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Las enfermeras y médico que proporcionaron la encuesta a las participantes, son conscientes del carácter de los datos obtenidos, estando obligados a guardar el secreto profesional y anonimato. A las pacientes que no terminaron la encuesta porque no querían revelar más datos, se les informó que serian eliminadas de la investigación y su encuesta seria destruida⁶⁰.

A las participantes se les proporcionó el consentimiento de participación voluntaria en la primera sección de la encuesta aplicada, que fue leído y firmado en caso de estar de acuerdo a participar.

3. RESULTADOS

Se realizaron 118 encuestas.

3.1 EDAD Y ESCOLARIDAD

El promedio de edad de las madres encuestadas fue de 32 años, con una desviación estándar de 3.8 y un rango de 25 a 42. La escolaridad, su promedio fue de 13 años con una desviación estándar de 2.6 y un rango de 8-20.

3.2 ESTADO CIVIL

El estado civil de las madres se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
Estado civil de las madres entrevistadas

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	63	53.4
Unión libre	34	28.8
Soltera	14	11.9
Divorciada	1	.8
Separada	6	5.1
Total	118	100

Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

3.3 NÚMERO DE PARTOS

La frecuencia de partos que han tenido las madres se muestra en el cuadro 2:

Cuadro 2
Numero de partos de las madres entrevistadas

Numero de partos	Frecuencia	Porcentaje
0*	62	52.5
1	31	26.3
2	18	15.3
3	6	5.1
4	1	0.8
Total	118	100

Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

*= Cesáreas

3.4 CONSULTAS DURANTE EL CONTROL PRENATAL

El promedio de consultas a las que acudieron las madres durante el control prenatal se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 3
Promedio de consultas durante el control prenatal de las madres entrevistadas

Promedio de consultas	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
6.25	2.55	1	14

Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

3.5 INFORMACION SOBRE LACTANCIA MATERNA

El número de veces en que las madres recibieron información sobre LM durante el control prenatal, se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 4
Número de veces que la madre recibió información sobre LM

Número de veces que recibió información	Frecuencia	Porcentaje
0 veces	47	39.8
1 vez	31	26.3
2 veces	23	19.5
3 veces	11	9.3
4 veces	5	4.2
5 veces	1	.8
Total	118	100

Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

3.6 FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

En el siguiente cuadro se muestra las fuentes de información sobre LM que las madres manifestaron haber tenido durante el control prenatal.

Cuadro 5
Fuentes de información sobre LM

Fuente de información	Frecuencia	Porcentaje
En el hospital posterior al nacimiento del bebe	25	21.2
Medico	24	20.3
Nadie	24	20.3
Trabajadora social	14	11.9
Otros	10	8.5
Enfermera	9	7.6
Curso psicoprofilactico	7	5.9
Periódico mural	5	4.2
Total	118	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

3.7 TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA

En cuanto a las madres que recibieron información sobre la técnica de LM se encontró que el 41.5% si recibió información y el 58.5% no. El 28% de estas pacientes recibieron información acerca de la técnica de extracción de la leche materna y el 72% corresponde al rubro de las que no recibieron.

3.8 CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS DE LAS PACIENTES ACERCA DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Los conocimientos y experiencias de los beneficios de la LM, se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 6
Conocimientos y experiencias de las madres de los beneficios de la LM

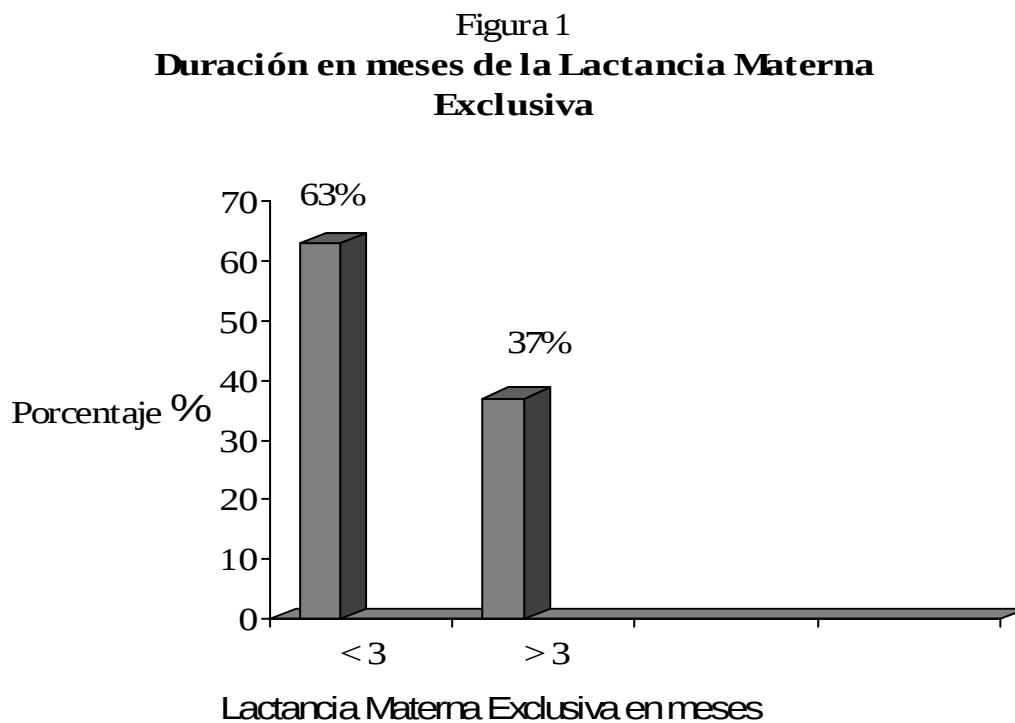
Conocimientos	Ventaja		Desventaja		Desconoce	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Disminuye el riesgo de IRAS	109	92.4	0	0	9	7.6
Disminuye el riesgo de EDAS	104	88.1	0	0	14	11.9
Disminuye el riesgo de alergias	70	59.3	5	4.2	43	36.4
Nutrición adecuada	118	100	0	0	0	0
Mejora la relación afectiva madre-hijo	118	100	0	0	0	0
Económica	117	99.2	1	.8	0	0
Temperatura ideal	118	100	0	0	0	0
Sirve como método anticonceptivo	52	44.1	42	35.6	24	20.3
Disminuye el riesgo de cáncer de mama	62	52.5	5	4.2	51	43.2

Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

Frec= Frecuencia

3.9 DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

En la figura 1 se muestra el porcentaje de los meses que ofrecieron LME las madres a sus bebés.



Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

3.10 COMPLICACIONES QUE MOTIVARON LA SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

De las 118 madres entrevistadas 48 refirieron no tener complicaciones y 70 si manifestaron alguna complicación. En el siguiente cuadro se presentan las razones por las cuales esas 70 mujeres suspendieron la LME.

Cuadro 7
Complicaciones que motivaron la suspensión de LME en las madres entrevistadas

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Hipogalactia	22	31.4
Horario de trabajo	16	23
Falta de facilidades en el trabajo	10	14.2
Grietas en el pezón	8	11.4
Pezones invertidos	3	4.2
Ingurgitación de mamas	3	4.2
Enfermedad materna y administración de medicamentos	3	4.2
Mastitis	2	3
Rechazo del seno materno por el bebe	2	3
Cólicos en el lactante	1	1.4
Total	70	100

Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=70

3.11 INDICACION MEDICA PARA SUSPENDER LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

De las 48 mujeres que no manifestaron complicaciones, 33 suspendieron la LME por indicación médica y 15 madres solicitaron la dotación láctea directamente al médico. En el cuadro 8 se muestra el motivo de dicha indicación.

Cuadro 8
Indicaciones médicas para suspender la LME

Indicaciones Médicas	Frecuencia	Porcentaje
Ablactación	18	55
Sucedáneos de la leche materna por infecciones gastrointestinales o bajo peso del lactante	15	45
total	33	100

Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=33

3.12 HORARIO DE TRABAJO Y DIAS LABORABLES

El promedio de horas laboradas en un día por las madres encuestadas fue de 6.8 horas, con una desviación estándar de 1.1, con rango de 4 a 8. Estas mujeres trabajan en promedio 5 días a la semana, con una desviación estándar de 0.5, con rango de 2 a 7.

3.13 TIEMPO DE TRASLADO A SU TRABAJO

El promedio de tiempo que las madres manifestaron hacer de su casa al trabajo fue de 62.92 minutos, con una desviación estándar de 32.4, con rango de 10 a 210.

3.14 FACILIDADES LABORALES

Facilidades laborales que las mujeres entrevistadas manifestaron tener en sus empleos:

Cuadro 9

Facilidades laborales en las madres entrevistadas

Facilidades laborales	Frecuencia	Porcentaje
Lactar a su hijo en la guardería las veces necesarias	9	7.6
Uso de refrigerador para almacenar la leche extraída	6	5.1
Permitirle tener al bebé durante su jornada laboral	6	5.1
Periodo vacacional al terminar la incapacidad materna	3	2.5
Cambio de actividades	1	0.8
Únicamente la hora de LM	93	78.8
Total	118	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

3.15 LUGAR EN DONDE SE LLEVÓ A CABO LA LACTANCIA MATERNA Y EXTRACCION DE LECHE

Al 72% de las mujeres a quienes se les concedió la hora para lactar a sus bebes decidieron tomarla en su domicilio, llegando a su trabajo una hora después o saliendo una hora antes de su horario laboral. El porcentaje de mujeres que requirió extraerse la leche durante su jornada laboral fue de 39.8%.

3.16 COMENTARIOS POSITIVOS DE LA PAREJA

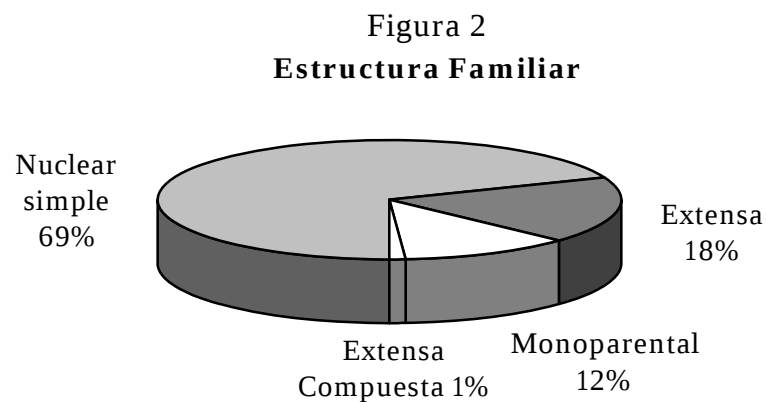
El promedio de parejas que hicieron comentarios positivos a las madres fue de 57%, de los cuales 32% comentaron que la LME es el mejor alimento para el bebé y 21% manifestaron acerca del beneficio que proporciona esta práctica a la economía familiar.

3.17 APOYO FAMILIAR

Una vez que las mujeres retornaron a su actividad laboral, el 67% recibió apoyo de sus familiares para continuar con la LME, ofreciendo 37.3% de ellos apoyo emocional y 33% dieron la leche materna almacenada a los bebés en ausencia de las mamás.

3.18 ESTRUCTURA FAMILIAR

La clasificación de las familias según su estructura se muestra en la figura 2.

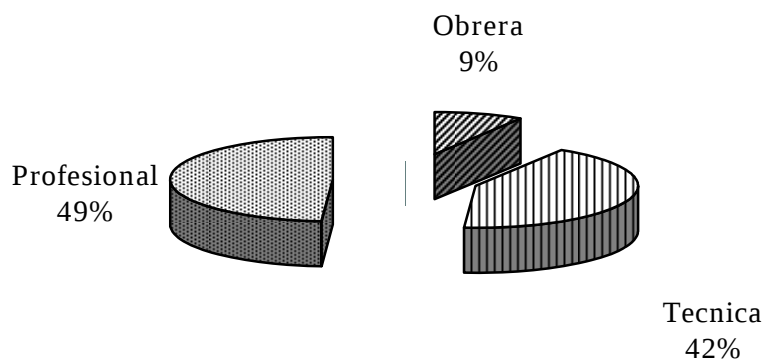


Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

3.19 OCUPACIÓN FAMILIAR

En la figura 3 se presenta el porcentaje de familias en base a su ocupación.

Figura 3
Ocupación Familiar

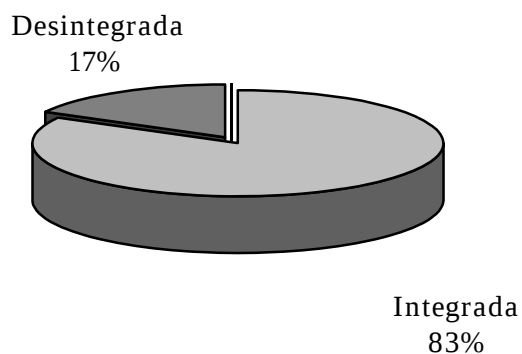


Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

3.20 INTEGRACIÓN FAMILIAR

Los siguientes resultados muestran a las familias según su integración:

Figura 4
Integración Familiar

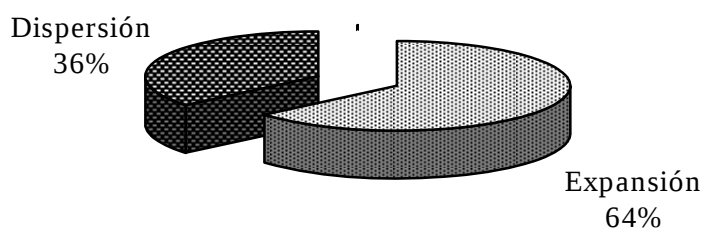


Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

3.21 CICLO DE VIDA FAMILIAR

Las etapas del ciclo de vida que se identificaron en las familias se muestran en la siguiente figura:

Figura 5
Ciclo de Vida Familiar



Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.
n=118

3.22 ANALISIS DISCRIMINANTE DE LAS VARIABLES.

Se realizó un análisis discriminante exploratorio con 34 variables, para identificar aquellas que presentarán algún patrón significativo entre las mujeres que dieron menos de 3 meses y más de 3 meses, identificando solo 5 variables que fueron las más importantes asociadas a nuestro estudio, obteniéndose los siguientes resultados en el cuadro 10 y 11:

Cuadro 10

Análisis y discriminación de Variables

Variable	Análisis y discriminación		Grupos	Rango Promedio	U de Mann Whitney	P
	Lambda de Wilks	P				
Número de Partos	.944	0.01	1día a 3meses	54.7	1279.0	0.33
			3meses 1 día a 6 meses o mas	67.4		

Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.

n=118

p= probabilidad

Cuadro 11

Análisis y discriminación de Variables

Variable	Análisis y discriminación		Grupos	Si	No	χ^2	p
	Lambda De Wilks	P					
Le enseñaron la técnica de extracción de leche materna y su manejo	0.951	0.01	1día a 3meses	15	59	5.83	.016
			3meses 1 día a 6 meses o mas	18	26		
Le concedieron la hora de LM	0.966	0.044	1día a 3meses	54	20	4.05	.044
			3meses 1 día a 6 meses o mas	39	5		
Requirió extraerse la leche materna en el área laboral	0.928	0.003	1día a 3meses	22	52	8.44	.004
			3meses 1 día a 6 meses o mas	25	19		
Recibió comentarios positivos de su pareja sobre LM	0.920	0.002	1día a 3meses	34	40	9.42	.002
			3meses 1 día a 6 meses o mas	33	11		

Fuente: Encuestas aplicadas en la CMF “Dr. Ignacio Chávez”, 2005.

n=118

p= probabilidad

χ^2 = Ji cuadrada

4. DISCUSIÓN

A pesar de estar legislado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁵⁷, que los empleadores de servicios, deben ofrecer 2 descansos de media hora, durante el horario de trabajo a las madres que se encuentran en periodo de lactancia, solo al 79% se le concedió dicha prestación observándose una disminución de la duración de LME en quienes laboraron su horario completo, sin dichos descansos.

Al respecto, la Liga Internacional de la Leche⁴⁶ y autores como Navarro-Estrella³⁹ y Netshandama⁵⁰ refieren que si las madres gozan de periodos de descanso, asociados a otras facilidades se incrementa la duración de este tipo de alimentación. Al respecto, Escribá³⁶ menciona que a pesar de reducirse una hora la jornada laboral a las madres en España, parece insuficiente esta medida para compaginar la LME con el empleo, ya que las mujeres necesitan más apoyo en su trabajo, como contar con mayor tiempo de incapacidad materna, flexibilidad del horario, etc.

De hecho, en la 2da ENN 1999²⁸, se menciona que no es fácil para las madres combinar la lactancia con el empleo, porque necesitan además, del permiso de sus empleadores para lactar a sus infantes, contar con un lugar en donde puedan extraerse la leche y almacenarla, disponer de flexibilidad en el horario de trabajo y apoyo de personas y familiares.

Ante esta evidencia de información, se puede deducir porque las mujeres de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, disminuyeron la duración de la LME menor a 3 meses ya que no contaron con los descansos necesarios, para lactar a sus hijos o realizarse la extracción de leche.

En las Clínicas Pediátricas de Norteamérica², se refiere que las mujeres cuando se reincorporan a su trabajo al terminar la incapacidad materna, tienen que enfrentarse a la separación de sus hijos, siendo un factor de riesgo el que una madre labore más de 4 hrs al día, ya que disminuye la duración de la LME, teniendo una fuerte influencia negativa la jornada laboral completa.

Estos datos, se relacionan con los resultados de esta investigación, pues las madres se encuentran alejadas de sus hijos aproximadamente 9 hrs, teniendo que laborar en promedio 7 hrs sumado a las 2 hrs que invierten para llegar a su trabajo y regresar a su casa, disminuyendo el tiempo en que las mujeres lactaron a sus hijos exclusivamente.

La extracción de leche materna, es la alternativa ideal para las mujeres que trabajan más de 4 horas, porque incrementa los niveles de prolactina, manteniendo un aporte óptimo de leche, que puede almacenarse y ofrecerse al lactante en el lapso en que su madre trabaja. Dicho procedimiento, es deseable que se realice durante el horario laboral, en un lugar limpio y privado, con las condiciones ideales para su almacenamiento en su lugar de trabajo, como disponer de un refrigerador^{1,2,4,12,17,39,45}.

Sin embargo, un número importante de madres no llevaron a cabo esta acción durante su jornada laboral, observándose una relación directa con un menor tiempo de LME. En este aspecto, probablemente influyó que en su mayoría, las madres desconocen la técnica de extracción de leche materna y su manejo, pues a un gran porcentaje no se les enseñó durante el control prenatal por el equipo de salud.

Esta situación, coincide las Clínicas Pediátricas de Norteamérica², en donde se refiere que solo un 8 a 24% de las mujeres, reciben anticipadamente información sobre LM, que incluye la extracción de leche y el uso de bombas de succión, una vez que regresan al trabajo. El desconocimiento sobre esta alternativa de alimentación, condiciona falta de experiencia y seguridad en un gran número de madres, que al asociarse con cualquier dificultad propicia que éstas abandonen fácilmente dicho procedimiento^{1,39}.

El entorno familiar puede influir de manera positiva o negativa en la lactancia y autores como Aguilar¹, Parrilla³⁴, Bustos-Valdés³⁵ y Espinoza⁴⁷ comentan, que la presencia de la pareja incrementa su inicio y duración, si su actitud es positiva durante esta etapa, pero si no participa activamente el fracaso es probable, tal como se muestra en este trabajo, en donde un alto porcentaje de las madres que no recibieron apoyo con comentarios positivos ofrecieron lactancia menor a 3 meses a sus bebés.

Es decir, si el padre muestra desconfianza en la capacidad de su pareja para amamantar o es indiferente, se perjudica el mantenimiento de la LME ya que al menor contratiempo la madre o ambos, decidirán abandonarla y proporcionarle al lactante leche de fórmula, situación que se observó en esta investigación^{1,34}.

En un estudio hecho en Nicaragua⁴⁷, se encontró que el cónyuge puede desaprobare la alimentación al seno materno, si cree que interfiere con su actividad sexual, al afectar la forma del busto de su pareja o porque la mujer expone su seno en público. Situación, que debe ser tomada en cuenta al explorar las creencias del entorno familiar de la mujer, durante el control prenatal.

Sin embargo, si el padre se encuentra convencido de que la leche materna es lo mejor para su hijo, resulta más fácil superar las dificultades que se puedan presentar^{1,34,47}. Dentro de los comentarios que hicieron algunas parejas, se encontró que promovían ser el mejor alimento para el bebé y los beneficios a la economía familiar pues no se invierte en otras fórmulas lácteas, ni en la compra de biberones, chupones, etc.

En el presente estudio se observó que las madres que lactaron menos de 3 meses, fueron aquellas que tenían como antecedente un menor número de partos. Estos datos, difieren con la literatura, como en los resultados de Chávez³⁸, quien no encontró relación significativa entre la vía de nacimiento y menor tiempo de lactancia.

Algunos artículos^{28,45}, hablan de la falta de asociación entre paridad y duración de LME, otros mencionan que su incremento aumenta el tiempo de lactancia, pero no especifican si las madres han tenido partos o cesáreas^{36,41,42}. Sin embargo, algunos autores encontraron que la falta de experiencia con este tipo de alimentación en un hijo previo, influye en la decisión de las madres para disminuir su duración^{35,39}.

Fein⁴² encontró que la duración de la LME no se afecta si la madre ha tenido hijos previos y no ha lactado, pero su influencia es positiva cuando, además de tener hijos previos tienen la experiencia de haberlos lactado.

Estos resultados, hacen suponer que la experiencia adquirida para amamantar por aquellas madres con un mayor número de partos, las motiva a continuar con esta práctica de alimentación con los siguientes hijos. Tal vez, porque el nacimiento por esta vía condiciona una recuperación materna más rápida, lo que les permite a las mujeres tener contacto piel con piel con sus lactantes durante su primera hora de vida, aumentando la duración de LME, dato mencionado por Sinusas⁴³.

El motivo que refirió la mayoría de las mujeres para interrumpir la LME fue por complicaciones, ocupando en orden de frecuencia la hipogalactia, el horario de trabajo y la falta de facilidades en el área laboral, factores referidos por Navarro-Estrella³⁹.

Dicho autor, comenta que los motivos antes mencionados, asociados a la falta de conocimientos en las madres sobre las cualidades nutritivas de su leche y sobre la cantidad que pueden producir, constituyen un factor de riesgo para el abandono temprano de este tipo de alimentación.

La literatura refiere como principales causas, para que disminuya la producción de leche en las mujeres que se reincorporan a su trabajo y se mantienen alejadas de sus lactantes por tiempos prolongados, la escasa succión del bebé debido a un horario rígido, con pocas tomas al día, asociado a que la madre no se extrae la leche y no cuenta con las condiciones para su almacenamiento y manejo, el cansancio físico derivado de las actividades laborales, el estrés materno que implica el desprenderse de su hijo por unas horas, errores en la técnica de lactancia, que causa un inadecuado vaciamiento de las mamas, el suprimir la toma nocturna ó el ofrecer fórmulas lácteas^{1,2,13,17,33,39,41,42,49,50}.

La hipogalactia referida por un gran porcentaje de mujeres de esta clínica, probablemente fue condicionada por la fuerte relación entre la falta de descansos para las madres durante la jornada laboral, el desconocimiento de la técnica de extracción de leche materna y no sacarse la leche durante el horario laboral.

En el presente estudio se observó que solo el 60.2% de las mujeres recibió información sobre LM y aunque no hubo asociación estadísticamente significativa con la duración de LME, algunos estudios^{27,33,39,40,43,48} consideran la participación de los programas de educación materna un factor importante en la elección del tiempo de lactancia, precisando que desde el primer contacto las embarazadas y púerperas aprendan sobre LME, ya que cuando los profesionales sanitarios instruyen y estimulan a las mujeres embarazadas para que lacten, se consigue que el inicio del amamantamiento sea hasta 4 veces superior, teniendo un efecto positivo en la duración si se les apoya a lo largo de toda la gestación¹.

Existen dos estudios experimentales y uno cuasiexperimental realizados en México, Bangladesh y Brasil, respectivamente, que demuestran que a mayor número de consejerías prenatales y postnatales, aumenta la tasa de LME y por el contrario a menor número disminuye²⁷, situación que coincide con este trabajo pues las veces que se orientó a estas mujeres sobre el tema fueron pocas, lactando a sus bebés en promedio 1.3 meses, a pesar de haberse cumplido con el mínimo de consultas que marca la Norma Oficial Mexicana “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”, 1993⁵³.

Al respecto, no es comprensible porque en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, a pesar de dar en promedio 6 consultas durante el control prenatal, el equipo de salud no proporciona información a las embarazadas sobre este tema o lo hace en pocas ocasiones, esta situación es importante porque el beneficio principal de la educación prenatal es lograr que la población de mujeres de la clínica., amamanten exclusivamente y superen de manera efectiva las dificultades que pudieran presentar.

Dentro de los conocimientos y experiencias que presentaban las madres al momento de la encuesta, se encontró que en aspectos como la disminución del riesgo de padecer enfermedades alérgicas en el lactante, la disminución del riesgo de padecer cáncer de mama y su uso como método anticonceptivo, los consideraban como una desventaja o desconocían su efecto protector y un alto porcentaje desconoce otras ventajas que ofrece la LME.

Esta situación, aunque no repercutió en la presente investigación, constituye un factor de riesgo que acorta la duración de la lactancia exclusiva, ya que al asociarse con cualquier molestia como hipogalactia, agrietamiento de los pezones, ingurgitación mamaria, pezones invertidos, etc. la madre pronto se desanima de lactar y sustituye la alimentación al seno materno por el biberón^{1,2,4,12,17,33,39}.

Algunas de las mujeres que no presentaron complicaciones tuvieron la indicación de su médico institucional o particular para iniciar la LMC con la ablactación al cuarto mes y otras suspendieron la LME al prescribirles sucedáneos de la leche materna, debido a infecciones gastrointestinales o por una escasa ganancia de peso en el lactante, esto coincide con los resultados de Ávila³⁰ y Vandale-Toney³⁷.

Probablemente, se hubiera prolongado la LME en las madres que presentaron complicaciones y aquellas que por indicación médica la suspendieron, si los profesionales de la salud hubieran estado capacitados para manejar dichas situaciones.

Sin embargo, llama la atención el porqué las mujeres aceptan la introducción de alimentos o sucedáneos de la leche materna e incluso algunas solicitan directamente a los médicos la dotación láctea, refiriendo que es una prestación médica a la que tienen derecho, al respecto González-Cossio²⁸ y Cohen⁴³ encontraron que la introducción de alimentos o líquidos, es una estrategia de las

mujeres con actividad laboral, para alimentar a sus hijos mientras se encuentran trabajando, tal vez, esta sea una razón para la población femenina de esta Clínica de Medicina Familiar.

El factor estético no fue importante y todas las mujeres encuestadas recomiendan a otras este tipo de alimentación a sus bebés, sin embargo en un estudio realizado en República Dominicana, reveló que al preguntarles directamente a las madres porque no llevan una práctica de alimentación infantil que la mayoría considera ideal para sus hijos, estas dieron razones relacionadas con el lactante o con la insuficiente producción de leche.

Pero al formularse la pregunta indirectamente sobre cuáles eran las actitudes o comportamientos típicos con respecto a la lactancia surgieron entre las razones más importantes el miedo de que se afecte la figura, la forma del seno o simplemente la falta de deseo para dar el pecho, situación que debe tomarse en cuenta para poder diseñar programas de consejería²⁷.

Durante el análisis de las encuestas se encontró que las madres tenían una edad promedio de 32 años, con una escolaridad de 13 años equivalente al nivel medio superior y técnico, sin observar diferencias significativas entre las que lactaron menos o más de 3 meses. Cabe mencionar, que estos resultados coinciden con lo reportado en la 2da ENN 1999²⁸.

Es importante mencionar que un comentario de las mujeres al finalizar la encuesta, fue referente a la carencia de promoción sobre este tipo de alimentación durante el control prenatal, por el equipo de salud de la clínica. Este aspecto, debe tomarse en cuenta durante la atención del embarazo, ya que puede influir para que una madre tome la decisión de lactar a su hijo exclusivamente antes de su nacimiento y se encuentre motivada y convencida, a pesar de presentar dificultades una vez que nace el bebé.

Otro comentario de las madres encuestadas, fue referente a la falta de facilidades en su trabajo, si bien, es cierto que no se pueden modificar las condiciones laborales de las mujeres, éstas si pueden establecer un plan para regresar al trabajo, una vez que termina su incapacidad materna, que les ayude a anticiparse y resolver aquellos problemas que pudieran presentar. El médico familiar, puede orientarla y ayudarla a trazar estrategias, antes del nacimiento, durante la incapacidad materna y al regresar al trabajo.

Es importante señalar que los resultados obtenidos en el presente estudio no pueden ser extrapolados a otras unidades de salud, ya que las características que se encontraron en la población de madres trabajadoras, solo son aplicables a la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez.

4.1 APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCIÓN Y LAS AREAS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR

Se acepta ampliamente que la medicina familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica continua, integral para el individuo y su familia. Comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes: continuidad, acción anticipatoria y estudio de la familia.

El dar continuidad es uno de los principios que rigen a la medicina familiar, siendo importante que la promoción de la lactancia sea durante el embarazo y continúe posterior al parto ya sea durante el control de crecimiento y desarrollo del niño o citando periódicamente a la madre para reforzar esta acción educativa, que le ayude a resolver dudas, dificultades, temores, preocupaciones o ansiedades, en donde el medico de familia escuche los deseos, necesidades y expectativas de estas mujeres con empatía, disminuyendo el riesgo para que se abandone esta práctica. Dando seguimiento a lo establecido por la NOM-007-SSA2-1993. Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. El medico familiar debe aprovechar la oportunidad que le brinda cada contacto con las embarazadas o puérperas para darles consejería, favoreciendo el mejoramiento en la calidad de vida de las madres y sus hijos.

El presente estudio muestra aspectos útiles para promocionar y mantener la LME por más tiempo en esta población de mujeres, resaltando que la consejería es esencial para prolongar este tipo de alimentación ya que las madres al tener conocimientos adquieren la confianza para continuarla a pesar de los factores que condicionan su interrupción.

De esta manera se considera importante que el medico familiar y el equipo de salud en general se capacite y actualice sobre la duración óptima de la LME, los beneficios para la madre, el infante, la familia y la sociedad, el impacto en los costos en los servicios de salud, las contraindicaciones, así como los factores maternos, laborales y familiares que pueden propiciar su abandono.

El médico familiar tiene dentro de sus funciones promover, planear e implementar programas de educación sobre este tipo de alimentación, de acuerdo a las características propias de su población derechohabiente, además de coordinar tales actividades con el equipo de salud. Por esta razón, es imprescindible formar en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, un grupo de mujeres durante el control prenatal a quienes se les proporcioné educación sobre lactancia materna, que las lleve a tomar la decisión de lactar, elegir el tiempo óptimo para obtener los innumerables beneficios por dar el seno materno exclusivamente y a construir un plan de acción una vez que regrese a trabajar, ya que uno de los ejes de acción del médico familiar es la prevención y anticipación del riesgo, lo cual repercutirá positivamente en la salud de la población de mujeres trabajadoras que acude a esta unidad y sus hijos, reduciendo los costos en la misma institución.

A través del estudio de la familia se puede orientar y educar a sus integrantes sobre LME, involucrándolos y detectando a aquellas mujeres que se encuentren con factores de riesgo para suspenderla, fomentando al mismo tiempo la relación médico paciente.

5. CONCLUSIONES

El estudio cumplió los objetivos al identificar los factores laborales, maternos y familiares que dificultan a las madres trabajadoras de la población de la C.M.F. Dr. Ignacio Chávez mantener una LME de 6 meses, siendo evidente que la duración se encuentra muy por debajo de lo recomendado por la OMS y la AAP.

Los resultados de este trabajo de investigación, muestran que las variables mas significativas que dificultan la Lactancia Materna Exclusiva en las mujeres estudiadas son: que no se les enseña la técnica de extracción de leche materna y su manejo ($p=0.16$), no les conceden la hora de LM en su trabajo ($p=0.044$), no llevan a cabo la extracción de leche materna en el área laboral ($p=0.003$), no reciben comentarios positivos de su pareja ($p=0.002$) y el haber tenido un menor número de partos ($p=0.033$).

Respecto a los factores laborales, las variables más importantes fueron que a las madres no se les concede la hora de LM y que estas no llevan a cabo la extracción de leche materna en el trabajo, que ya han sido nombrados por diversos autores como elementos que dificultan la LME^{1,2,4,12,17,39,45}.

Es fundamental, promover que la madre lleve a cabo la extracción de su leche y la almacene adecuadamente durante su horario de trabajo. Adicionalmente si el medio laboral lo permite, debe contar con lugares habilitados para que pueda lactar y en donde pueda extraerse la leche materna, permitirle descansos, cambio de actividades, flexibilidad en el horario laboral, disponer de guarderías cercanas al lugar de trabajo, entre otros, que le permitan compaginar la LM con el trabajo.

Dentro de los factores maternos, se encuentra que el equipo de salud no les enseña la técnica de extracción de leche a las mujeres, siendo de suma importancia que se les eduque durante el control prenatal, preparándolas para que lo realicen en su casa antes de ir a su trabajo, en caso de no poder hacerlo en este.

Se observó, que otro factor materno que dificulta la LME es tener pocos hijos, pero dado las condiciones demográficas no es posible recomendar que las madres tengan más hijos para favorecerla, pero como indican diversos estudios^{27,33,39,40,43,48} el equipo de salud debe aprovechar

todas las consultas, para fomentar la práctica de la LME desde el primer embarazo, favoreciendo que la madre adquiera experiencia con este tipo de alimentación y no dependería del número de partos.

Dentro de los factores familiares, se encontró que si la mujer no recibe comentarios positivos de su pareja lactará menos^{1,34,47}. Al respecto, sería conveniente que durante el control del embarazo el medico familiar involucre a la familia, motivando a la pareja a participar activamente en los cuidados del embarazo, preparación del parto y una vez que ha nacido el lactante colabore con la madre en sus cuidados. De manera, que la información promueva el interés, la comunicación y el afecto de la pareja, esto no garantiza que haga comentarios positivos, pero podría favorecerlos.

Este trabajo ha abierto una línea de investigación, que permita probar estrategias educativas en un grupo de mujeres embarazadas y hacer un estudio de seguimiento, capacitándolas en diversas sesiones sobre este tema, con la intención de crear un auto análisis sobre sus motivaciones, experiencias pasadas y falsas creencias, informándoles acerca de las ventajas que ofrece esta practica, así como la elaboración de un plan de regreso al trabajo, enfatizando como extraerse la leche materna y las condiciones para su almacenamiento.

Es importante crear un grupo de apoyo integrado por mujeres con experiencia en LM, a quien puedan recurrir las futuras madres, para resolver problemas específicos que pudieran interrumpir la lactancia, especialmente cuando reingresan al trabajo y sobre todo que transmitan como ellas resuelven o buscan alternativas para prolongar la LME.

El seguimiento al grupo de mujeres embarazadas, debe continuar posterior al nacimiento de sus hijos, durante un periodo de 6 meses como mínimo, para saber si los contenidos educativos y el grupo de apoyo están siendo útiles.

Referencias bibliográficas

1. Aguilar CMJ. Lactancia Materna. ed. Elsevier, 3ª ed. Madrid, España; 2005.
2. Shanler R. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 2001, Vol. 2.
3. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding : a summary of the evidence. Washington DC: Pan Am Health Organization; 2002.
4. Shanler R. Practicas modernas en la alimentación. Ed. Gerber,México; 2001, p. 55-66
5. Instituto Nacional de Pediatría. Pediatría Médica. ed.Trillas, México; 2001, p.263-264
6. Valenzuela RH. Manual de Pediatría. ed. Interamericana Mc Graw-Hill1, 11ª ed. México; 2001, p. 114-121
7. Churchil RB, Pickering LK. Alimentación al seno materno: pros y contras. Aten Medica 2002; 15(5): 50-58.
8. Innis SM, Gilley J, Werker J. Are human long-chain polyunsaturated fatty acids related to visual and neural development in breast-fed term infants. J Pediat 2001; 139(4): 532-538.
9. Características biológicas y químicas de la leche materna. Citado en Noviembre 2003 (6 pantallas). Disponible en: http://www.geocities.com/jorge_a6/caracteristicas.html.
10. Valores nutricionales de la leche materna. Citado en septiembre 2002 (4 pantallas). Disponible en: <http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/2641/valoreslechematerna.html>.
11. Juez G. Características biológicas de la lactancia materna. X jornadas de invierno 2003. Reencantándonos con la lactancia materna. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2003. Citado en Diciembre 2003 (5 pantallas). Disponible en: <http://prematuros.cl/cursos/reencantandolactancia/biologialactanciamaterna.html>.
12. Hoekelman R. Atención Primaria en Pediatría. Ed. Harcourt Mosby, 1ª ed; 2002. p. 204-219.
13. Ferráez de Lee MA. Lactancia Materna. Otras ventajas de la Lactancia Materna para el lactante. Mc Graw-Hill Interamericana, 1999.
14. Ventajas de la Lactancia Materna. Citado en noviembre 2003 (4 pantallas). Disponible en: http://www.bordemall.net.mx/infomedic/Terms/Terms_1/lactancia_ventajas.htm.
15. Juez G. Lactancia Materna. Ventajas generales y nutricionales para el niño menor de un año. Citado en diciembre 2003 (6 pantallas). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/LactMater.html>.
16. Recomendaciones para la lactancia de la Academia Americana de Pediatría. Citado en septiembre 2003 (4 pantallas). Disponible en: <http://www.prlacta.org/breastfeeding/aaprecommendations.htm>.
17. Schanler R. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 1. Mc Graw-Hill Interamericana, 2001.
18. UNICEF. Breastfeeding and environmental contamination: a discusión paper. Nutrition Section. Nueva York: UNICEF, 1997.
19. Calverton MD. Demographic and Health Surveys. Breastfeeding and complementary infant feeding: postpartum effects. ORC Macro 1999.
20. World Health Organization. Division of Family Health. The prevalence and duration of breast-feeding: a critical review of available information. World Health Stat Q 1982; 35:92-116.
21. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche materna. Ginebra: OMS, 1981.
22. Organización Mundial de la Salud. Protección, promoción y apoyo de la Lactancia Materna: el papel especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS, 1989.
23. Declaración de Innocenti. Citado en agosto 2002 (2 pantallas). Disponible en: <http://members.xoom.com/Jmarga/Derechos/innocenti.htm>.

24. Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la Lactancia Materna exclusiva (54/INF.DOC./4;2001) Ginebra: OMS, 2001.
25. Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Citado en septiembre 2002 (4 pantallas). Disponible en: <http://babyfriendly.org.uk/home.asp>.
26. Organización Mundial de la salud. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: WHO/CHD, 1998.
27. Pérez-Escamilla R. La promoción de la Lactancia Materna en la era del sida. Pan Am J Public Health 2001; 9(6): 357-361.
28. González-Cossio T. y cols. Breast-feeding practices in Mexico: Results from the Second National Nutrition Survey 1999. Salud Pub Mex 2003; 45: 477-489.
29. Pérez-Escamilla R, Dewey KG. Epidemiología de la Lactancia Materna en zonas rurales y urbanas de México. Bol Of Sanit Panam 1993; 114 (5): 399-405.
30. Ávila H, Arroyo P, García D, Huerta F, Díaz R, Casanueva E. Factores determinantes de la suspensión de la lactancia en un grupo de población urbana. Bol Of Sanit Panam 1978; 84 (5): 383-389.
31. Pérez-Escamilla R. Patrones de la Lactancia natural en América Latina y el Caribe. Bol Of Sanit Panam 1993; 115(3):185-193.
32. Ysunza A. El abandono de la lactancia materna en México: I. Tendencias recientes. Rev Invest Clin Mex. Suplemento 1986; 38: 41-46.
33. García M. y cols. Valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia natural. Aten Primaria 2002; 29 (2): 79-83.
34. Parrilla R. Lactancia materna en Puerto Rico: tradiciones paternas, costumbres tradicionales y estrategias futuras. Health Sci J PR 1999; 18 (3): 223-228.
35. Bustos-Valdés MV. El núcleo familiar y la aceptación de la lactancia materna. Arch Med Fam 2002; 4(2):63-66.
36. Escribá A, Más PR, Colomer RC. Duración de la lactancia materna y la actividad laboral. An Esp de Pediat 1996; 44(5): 437-441.
37. Vandale-Toney S, Rivera PME, Kageyama EML, Tirado GLL, López CM. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. Salud Pub de Mex, 1997; 39 (5): 412-419.
38. Chávez MA, SanchezGR, Ortiz OH, Peña OB, Arocha RB. Causas de abandono de la lactancia materna. Rev Fac Med UNAM, 2002; 45(2): 53-55.
39. Navarro-Estrella M, Duque-Lopez MX, Trejo PJA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Pub de Mex, 2003; 45 (4):276-284.
40. Marín B. Promoción de la lactancia materna mediante una acción educativa dirigida a mujeres embarazadas. Bol Of Sanit Panam 1988; 104(1):14-21.
41. Duckett L. y cols. A Theory of Planned Behavior-Based Structural Model for Breast-Feeding. Nurs Res, November/December 1998; 47 (6): 325-336.
42. Fein SB, Roe B. The Effect of Work Status on Initiation and Duration of Breast-Feeding. Am J Pub Healt, July 1998; 88 (7): 1042-1046.
43. Cohen RJ, Haddix K, Hurtado E, Dewey KG. Maternal activity budgets: Feasibility of exclusive Breastfeeding for six months among urban women in Honduras. Soc Sci Med 1995; 41(4):527-536.
44. Sinusas KMD, Gagliardi AMA. Initial management of Breastfeeding. Am Fam Physician, 2001; 64 (6), 981-987.
45. Hamosh MP, Ellis LA, Pollock DR, Henderson TR, Hamosh P. Breastfeeding and Working Mother: Effect of Time and Temperature of Short-term Storage on Proteolysis, Lipolysis, and Bacterial Growth in Milk: Pediatrics 1996; 97 (4): 492-498.

46. Visness CM, Kennedy KI. Maternal Employment and Breast-Feeding: Findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Pub Health*, 1997; 87(6): 945-950.
47. Espinoza H. The relationship between family structure and exclusive breastfeeding prevalence in Nicaragua. *Salud Pub México* 2002; 44(6): 499-507.
48. Rodríguez GE, Schaefer LA. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. *Bol Of Sanit Panam* 1991; 111(1): 1-13.
49. Mazingo JN, Davis MW, Droppleman PG, Merideth A. "It wasn't working" Women's experiences with short-term breastfeeding. *Am J Matern Child Nurs* 2000; 25(3): 120-126.
50. Netshandama VO. Breastfeeding practices of working women. *Curations* 2002; 25(1): 21-27.
51. Secretaría de Salud. Estadísticas Vitales en Niños y Adolescentes Mexicanos. *Bol Med hosp Infan de Mex*, 2004; 61(4): 357-367.
52. Secretaría de Salud. Morbilidad 2003. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, del 11 al 17 de abril del 2004; 21(15): 1-3
53. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
54. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2001-2006. 1ª edición, 2001, p. 39-41, 84-89.
55. Población económicamente activa según sexo y edad. Citado en marzo 2004 (3 pantallas). Disponible en: [http:// www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=6284](http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=6284)
56. ISSSTE. 21 Prestaciones a los Trabajadores del Estado. Septiembre, 2001.
57. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ed. Porrúa, 114ª ed. México;1996.
58. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea general, Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000.
59. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. *Aten primaria*. 1998; 21(5): 331-339.
60. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud. México. Cap. I. Art. 17. Aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Apartado 1.
61. Elementos esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el estudio de las Familias, Código de Bioética en Medicina Familiar. 1ª reunión de consenso Académico en medicina Familiar de organismos e Instituciones Educativas y de Salud. *Arch Med Fam* 2005; 7(S1): 15-19.

ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA**I. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

La presente encuesta tiene como propósito identificar aquellos factores que dificultan una lactancia materna exclusiva en madres trabajadoras.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y de manera voluntaria, por lo tanto, le solicitamos que sus respuestas sean honestas y sinceras.

Muchas gracias por su participación.

Acepto responder la encuesta: Si ☐ No ☐

Firma de Consentimiento

II. FICHA DE IDENTIFICACION.

Instrucciones. Conteste las preguntas de cada sección, marcando con una X en el cuadro o escribiendo sus respuestas en el espacio correspondiente.

1. Edad: _____ años

2. ¿Hasta que año estudió o fue a la escuela? _____

3. Estado civil:

Casada ☐ Unión Libre ☐ Soltera ☐ Viuda ☐ Divorciada ☐ Separada ☐

III. DATOS DE LA FAMILIA

4. ¿Cuántas personas viven en su casa, incluyéndose usted? _____

5. Anote en la casilla correspondiente la información solicitada, de cada uno de los integrantes de su familia, que viven en su casa.

¿Que parentesco tiene con usted?	Sexo 1=Femenino 2=Masculino	Edad en años	Último año de estudios ejem: 2do. Secundaria 1ero. Bachillerato	Ocupación	Estado de salud 1=Sano 2=Enfermo 3=No se

IV. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Instrucciones. Conteste las preguntas de cada sección, marcando con una X en el cuadro o escribiendo sus respuestas en el espacio correspondiente.

6. ¿A los cuantos años tuvo su primera menstruación? _____

7. ¿Cada cuando tiene su menstruación? _____

8. ¿Tiene dolor durante la menstruación? Si ☐ No ☐

9. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____

10. ¿Cuántos hijos nacieron por parto normal? _____

11. ¿Cuántos hijos nacieron por cesárea? _____

12. En caso de haber tenido abortos, ¿mencione cuantos? _____

13. ¿Actualmente esta embarazada? Si ☐ No ☐

V. CARACTERÍSTICAS MATERNAS.

Instrucciones. Conteste las preguntas marcando con una X en el cuadro o escribiendo sus respuestas en el espacio correspondiente. **La información de estas preguntas, se refiere a su último embarazo y parto.**

14. ¿Su último hijo fue deseado? Si ☐ No ☐
15. El nacimiento de su último hijo fue por: Parto ☐ Cesárea ☐
16. ¿A cuantas consultas asistió durante el control de su último embarazo? _____
17. ¿Durante el control de su último embarazo se le proporciono información sobre lactancia materna?
Si ☐ No ☐
18. ¿En cuantas ocasiones recibió información sobre lactancia materna? _____
19. ¿Quién le dio información sobre lactancia materna en su último embarazo?
Médico ☐ Enfermera ☐ Trabajadora social ☐ Otro ☐ Especifique: _____
20. ¿Durante el control de su embarazo, le mostraron como dar el seno materno a su último hijo?
Si ☐ No ☐
21. ¿Le enseñaron como extraerse la leche y su manejo? Si ☐ No ☐
22. ¿Usted decidió dar lactancia materna a su último hijo? Si ☐ No ☐
23. ¿Porque? _____

24. ¿Conoce las ventajas por haber dado leche materna a su último hijo? Si ☐ No ☐

25. Señale con una X en el siguiente cuadro, si considera ventaja o desventaja la información sobre lactancia materna:

	Ventaja	Desventaja	No se
Disminuye el riesgo de padecer infecciones respiratorias en el niño			
Disminuye el riesgo de padecer enfermedades gastrointestinales en niño			
Disminuye el riesgo de padecer enfermedades alérgicas en el niño			
Nutrición adecuada para su bebe			
Mejora la unión afectiva madre-hijo			
Es económica o barata			
No necesita calentarse, se encuentra con la temperatura ideal			
Sirve como método anticonceptivo			
Disminuye la posibilidad de cáncer de mama en la madre			

26. Si usted conoce otras ventajas, coméntelas:

27. ¿Cuantos meses alimentó a su último hijo al seno materno en forma única, sin agregar otro alimento liquido o sólido? _____
28. ¿Presentó complicaciones que la llevaron a tomar la decisión de dejar de lactar? Si ☐ No ☐
29. ¿Cuáles? _____
30. ¿Cree usted que el haber alimentado a su último hijo al seno materno, deterioró la apariencia física de su busto?
Si ☐ No ☐
31. ¿Recomendaría la alimentación del bebe al seno materno a otras mujeres? Si ☐ No ☐
32. ¿Porqué? _____

VI. CARACTERISTICAS LABORALES.

Instrucciones. Conteste las preguntas marcando con una X en el cuadro o escribiendo sus respuestas en el espacio correspondiente.

33. ¿Cuál es su ocupación? _____
34. ¿Cuántos trabajos o empleos remunerados tiene? _____
35. El lugar donde usted trabaja es:
Oficina propia ☐ Oficina compartida ☐ Atención a usuarios ☐ Otro ☐
36. ¿El promedio de tiempo, en minutos, que realiza de su casa a su trabajo es de? _____
37. ¿Cuántos días a la semana trabaja? _____
38. ¿Cuánto horas dura su jornada de trabajo? _____
39. ¿En su trabajo le permitieron utilizar la hora de lactancia materna con su último hijo? Si ☐ No ☐
40. ¿En caso de permitirle la hora de lactancia materna, acudió a?
Su lugar de trabajo ☐ Su domicilio ☐ Guardería ☐ Otros ☐
41. ¿Tuvo la necesidad de extraerse la leche, durante su jornada laboral? Si ☐ No ☐
42. En caso de haber requerido extraerse la leche, ¿cuando realizó usted dicha acción?
Antes de salir de casa ☐ Durante el horario de trabajo ☐ Al llegar a casa después de su trabajo ☐
43. Si tuvo otras facilidades laborales para continuar la lactancia materna con su último hijo, escríbalas:
- _____
- _____

VII. CARACTERISTICAS FAMILIARES.

Instrucciones. Conteste las preguntas marcando con una X en el cuadro o escribiendo sus respuestas en el espacio correspondiente.

44. ¿Cuál es la ocupación de su esposo? _____
45. Además de usted ¿que otros miembros de su familia aportan al gasto familiar?
Esposo ☐ Hijos ☐ Otro miembro de la familia ☐ Nadie ☐
46. ¿Su pareja le hizo comentarios positivos acerca de lactar a su hijo? Si ☐ No ☐
47. En caso de ser afirmativo, ¿que comentarios?
- _____
- _____

48. ¿Su pareja le hizo comentarios negativos acerca de lactar a su hijo? Si ☐ No ☐
49. En caso de ser afirmativo, ¿que comentarios?
- _____
- _____

50. ¿Recibió apoyo de sus familiares, para que usted pueda continuar el amamantamiento con su hijo?
Si ☐ No ☐

51. ¿Qué tipo de apoyo recibió?
- _____
- _____

52. Desea hacer algún comentario u observación sobre lactancia materna:
- _____
- _____