



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
C.A.A.P.S. GAVIOTAS.
VILLAHERMOSA, TABASCO**

**“FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DECISIÓN DE LA
LACTANCIA MATERNA”**

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA DELFINA CANSECO VIZCAINO

VILLAHERMOSA, TAB.

SEPTIEMBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

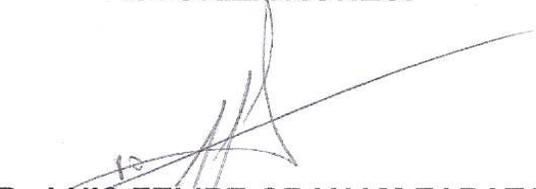
“FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DECISIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA”

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. MARIA DELFINA CANSECO VIZCAINO

AUTORIZACIONES:



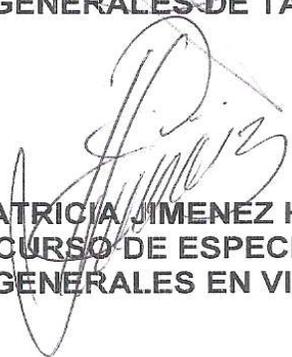
**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD EN EL ESTADO DE TABASCO.**



**QUIMICO SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECCION DE CALIDAD.**



**DR. DRUSSO LOPEZ ESTRADA
COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES DE TABASCO.**



**DRA. EMMA PATRICIA JIMENEZ HERNANDEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN VILLAHERMOSA, TABASCO**

**“FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DECISIÓN DE LA
LACTANCIA MATERNA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARÍA DELFINA CANSECO VIZCAINO

AUTORIZACIONES

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

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL 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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

A mi familia que está siempre conmigo dándome la fuerza para continuar.

A mis padres seres únicos, a mis hermanos y sobrinos con todo el aprecio del mundo.

A mi tutora y asesora: Dra. Pati por ser una excelente persona.

Y a todas las personas que a lo largo de la vida me han brindado sus conocimientos, apoyo y sincera amistad, no tendría suficiente espacio para mencionarlos.

La familia es una unidad funcional y la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma, es un sistema de interacción o de transacción que imprime en el individuo sentimientos de identidad e independencia.

ÍNDICE DEL TRABAJO

CONCEPTO

PORTADA
AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA
PENSAMIENTO
RESUMEN ESPAÑOL
RESUMEN INGLÉS
ÍNDICE
TÍTULO
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
MARCO TEÓRICO
OBJETIVO GENERAL
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
HIPÓTESIS
JUSTIFICACIÓN
METODOLOGÍA
RESULTADOS, TABLAS Y GRÁFICOS.
DISCUSIÓN DE RESULTADOS
CONCLUSIÓN
RECOMENDACIONES.
ANEXOS: FORMULARIO DE ENCUESTA DEL
PROYECTO EN BLANCO.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

“FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DECISIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA”

ENCUESTA REALIZADA A MADRES 12 A 30 AÑOS, CON HIJOS MENORES DE 6 MESES DURANTE FEBRERO 2005 - JULIO 2006 ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO 1 DEL CAAPS GAVIOTAS.

RESUMEN

Se realizó un estudio del 1 de febrero de 2005 al 30 de julio 2006, de cohorte, transversal y analítico en 52 mujeres de 12 a 30 años de edad y con hijos menores de 6 meses, en búsqueda de factores promotores de la lactancia materna exclusiva, mediante un cuestionario cuyas preguntas corresponden a los siguientes apartados; causas materno infantil, causas socioculturales, pero principalmente se utilizaron algunos conceptos o herramientas de la especialidad de medicina familiar: composición, demografía , integración , desarrollo y APGAR familiar. Tratando de encontrar si había diferencia significativa entre estas situaciones familiares diversas en las encuestadas.

No habiendo encontrado diferencia significativa, por lo que el trabajo concluye que no son determinantes para la decisión o aceptación de la lactancia materna exclusiva; la edad, escolaridad, numero de hijos anteriores, consejería otorgada, conocimientos de la calidad e importancia de este tipo de alimentación, ni la composición familiar, su desarrollo, integración o el APGAR familiar. Sino que cada madre encuestada opto por una u otra opción de alimentación materna, probablemente por decisión unipersonal.

Palabras claves: composición, demografía, integración, desarrollo y APGAR familiar.

A study was carried out between Feb. 1 05 to July 30 06, of cohort, cross and analytic in 52 women from 12 to 30 years of age and with children less than 6 months old, in search of development factors of the exclusive maternal lactation by means of a survey whose questions correspond to the following sections, child-like maternal

causes, socio cultural causes, but mainly some concepts or tools were utilized from the family medicine specialty, demographic composition, integration, development and APGAR family.

Trying to find if there was differentiates significant among these diverse family situations in the polled. Not having found differentiates significant, for which the work concludes that are not determinants for the decision or acceptance of the exclusive maternal lactation; the age, education, number of previous children, How-to workshops offered, quality and importance of diet, neither the family composition, their development, integration or the APGAR family. Buy each polled mother opted for either diet probably by individual decision.

Keys word: demographic, composition, integration, development and APGAR family.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Diario en la consulta materna se escucha lo siguiente: -no me sale leche doctor, -o no tengo leche, -es poca la que me sale, -al niño no le gusta mi leche,- no se llena, -llora mucho cuando se la doy, -me duelen los pechos y los pezones, -estos ya están agrietados. -me hicieron cesárea o salpingoclasia y me pusieron anestesia, por eso no le di el pecho, -planifico la familia con hormonales, -no me dijeron que le diera el pecho, -me recomendaron tal fórmula láctea, -no puedo alimentar a mi bebe por que trabajo, -a mi otro hijo tampoco le di el pecho y creció sano.

El presente trabajo recoge a través de un formulario algunas causas que determinan que las madres que participaron en él, opten o no por alimentar a su hijo al seno materno, recoge también si lo han hecho o no en embarazos anteriores.

La participación y actitud del equipo de salud en la atención y consejería de estas pacientes fue la de los tiempos y forma que aparece en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, para no sesgar los resultados, es decir para el presente trabajo no se puso especial énfasis en la consejería de la embarazada.

¿La existencia y accesibilidad de las formulas maternizadas compiten con la alimentación al seno materno?, ¿La edad de la madre es un factor que intervenga en esta decisión?, ¿Lo es la escolaridad?, ¿Lo es la composición familiar de donde procede la actual madre? ¿O lo es la composición de la familia actual? ¿Su experiencia con hijos previos?, ¿O esta determinada principalmente por si la madre trabaja fuera de casa? ¿Hay una correcta consejería para las futuras madres? ¿Existe prescripción de formulas lácteas por parte del personal de salud que las atiende? ¿Participan amigos o familiares, en esta decisión? ¿El APGAR familiar es un factor más para esta práctica?

MARCO TEÓRICO.

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho pública el 16 de abril de 2002 la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño”. A55/15 cuyo propósito es mejorar, a través de una alimentación óptima, el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud y de este modo, la supervivencia de los lactantes y los niños pequeños.¹

El cumplimiento de los objetivos previstos por la Organización Mundial de la Salud exige una serie de compromisos a todos los niveles (gobiernos, organizaciones internacionales, organismos profesionales, instituciones de formación, empresas industriales y comerciales, organizaciones no gubernamentales {ONG}, etc.) Concretados en una larga serie de “párrafos” que garantizan el derecho de los niños al más alto nivel posible de salud como lo reconoce el artículo 24 de la convención sobre los derechos de los niños, pero queremos detenernos en dos párrafos del documento.

Párrafo 36. La obligación principal de los gobiernos es formular, aplicar y evaluar una política nacional integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño.

Párrafo 40. Las entidades sanitarias profesionales, a saber, las facultades de medicina, las escuelas de salud pública, las instituciones de formación de comadronas, enfermeras, nutricionistas y dietistas deberían asumir entre otras las siguientes responsabilidades:

1. Garantizar que en la educación básica y la formación de todos los sanitarios se incluye la fisiología de la lactancia. La lactancia natural exclusiva y prolongada, la alimentación complementaria, la alimentación con sucedáneos de la leche materna, y el

código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las medidas para poner en práctica dicho código.

2. Adiestrar a los alumnos en la prestación de apoyo especializado a la lactancia natural exclusiva y continuada, y a la alimentación complementaria apropiada, en la totalidad de los servicios de neonatología, pediatría, salud reproductiva, nutrición y salud pública.

3. Fomentar el logro y el mantenimiento de la condición de “amigos de los niños” en los hospitales, las salas y los dispensarios de maternidad, de acuerdo con los “diez pasos hacia una feliz lactancia natural”, y el principio de no aceptar suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas.

4. Fomentar la creación y el reconocimiento de grupos de apoyo comunitarios y remisión de las madres hacia esos grupos.²⁻¹⁰

El primer y probablemente más importante paso para aumentar la lactancia materna consiste en mejorar los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios, de manera que siempre recomienden la lactancia materna como la forma natural de alimentación de los bebés. Los profesionales sanitarios deben ser capaces de ayudar a las madres a iniciar la lactancia y resolver las dudas o problemas que se presenten durante el amamantamiento. Ginecólogos, matronas, pediatras y enfermeras ocupan un lugar estratégico en la promoción de la lactancia materna y deben trabajar de manera coordinada.¹¹

En nuestro medio, la mayoría de los profesionales sanitarios saben que la lactancia materna es la mejor alimentación para el lactante, pero muchos ignoran su manejo y se limitan a repetir viejas costumbres perjudiciales para la lactancia como: horarios rígidos, separar a la madre y al niño en el puerperio inmediato, retrasar la primera toma, usar

chupetes y biberones o contraindicar la lactancia natural por motivos menores. ¹¹ En otras ocasiones cuando no saben resolver algún problema planteado por la madre, se limitan a recomendar el biberón. ¹¹⁻¹³

A pesar de que en las últimas décadas mayor número de mujeres comienzan la lactancia materna, en la mayoría de las publicaciones de los últimos años se refleja la preocupación por no conseguir prolongarla de forma óptima. ^{14,15} Puesto que los factores que influyen en la continuidad de la lactancia materna son numerosos, unos modificables desde el sistema sanitario y otros independientes del mismo, se propone detectar los posibles factores de abandono de la lactancia materna. ^{16,17}

La madre decide la mayoría de las veces, por sí sola, suspender la lactancia materna. Las dificultades en la lactancia materna (entre otras la sensación de que el bebé pasa hambre y de que no se tiene leche suficiente) constituyen la causa más frecuente de abandono. ¹⁸ Los problemas de salud de madre o hijo representan el 20% de los abandonos. Las causas personales, entre las que se incluye el trabajo, son más frecuentes actualmente. ^{19,20}

La lactancia materna que ha sido la única fuente de alimentación de los recién nacidos y lactantes ha sufrido un cambio durante el presente siglo en el que se ha promulgado su sustitución por leche de otra especie. ²¹ Este hecho que inicialmente supuso un gran avance en la medicina perinatal ha conllevado una serie de problemas, hasta el punto de que los bajos índices de lactancia alertaron a los clínicos y a partir de la década de los años setenta empezó a considerarse su promoción como una medida prioritaria de salud pública. ^{22,23} Fue a partir de la segunda guerra mundial cuando se generalizó en los países más desarrollados el abandono de la lactancia materna a favor del incremento en la lactancia artificial, llegando a un mínimo en la década de los años

sesenta. Esta tendencia se extendió posteriormente a Europa occidental, más tarde a la oriental y en la actualidad a áreas urbanas de países en vías de desarrollo. A lo largo de la historia de la civilización se han tenido que buscar alternativas cuando la madre no podía o no quería amamantar.^{24, 25,26}

El código de Hammurabi fechado aproximadamente en 1800 a. C., ya contenía regulaciones sobre las nodrizas. Prácticamente en todas las civilizaciones se han encontrado recipientes con boquillas para alimentación de niños, y de todos es conocido que según la mitología romana Rómulo y Remo fueron alimentados por una loba.^{27,28}

La lactancia materna es la forma de nutrición natural del lactante y sus ventajas nutritivas, inmunológicas y psicológicas son conocidas.²⁷ La leche materna es el óptimo alimento para el lactante y su composición es la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 4 a 6 meses de edad. La OMS Y UNICEF recomienda la leche materna debe de ser precoz inmediatamente después del parto, exclusiva y a libre demanda.²⁸⁻³²

Grant dijo: “los últimos 10 a 15 años han puesto claramente en evidencia como el proceso de la lactancia materna es una práctica saludable. No sólo reduce la mortalidad infantil, sino que favorece el bienestar de la mujer”. Existen muchos factores que condicionan una suspensión temporal o definitiva de la lactancia materna pero los socioculturales, como la familia, el personal de salud, las instituciones educativas y el ambiente social tienen una importancia primordial.³³

Se observa que las pacientes aunque no tienen mucha información saben que tienen que dar lactancia materna.³⁴

Es conocido desde hace tiempo que la lactancia materna exclusiva aporta beneficios tanto para al recién nacido como a la madre, la familia y la sociedad en general. ³⁵

La Liga de La Leche es una Organización que promueve y apoya la Lactancia Materna con un estilo de crianza que valora la maternidad, lo que tiene como resultado grandes beneficios para la salud física y emocional de la familia. Fundada en 1972, quedando registrada como asociación civil en 1982, afiliada a LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL (fundada en 1956). ³⁶

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Emplear algunas de las herramientas (composición, demografía, desarrollo, tipología, integración y APGAR familiar) y técnicas aprendidas en la especialidad semipresencial de medicina familiar, para conocer algunas de las causas que favorecen o no, que la madre alimente a su hijo al seno materno

Detectar los posibles factores que pueden estar influyendo en el abandono de la lactancia materna, para valorar las posibles intervenciones desde el ámbito sanitario con el objeto de mejorar la continuidad de la misma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Conocer las siguientes causas en la aceptación de la lactancia materna:

- La composición familiar
- La demografía familiar
- La integración familiar
- El desarrollo familiar
- La ocupación paterna
- La ocupación materna
- La economía de la familia
- El APGAR familiar y cual de sus apartados es el más determinante.
- La edad de la madre es un factor para la lactancia materna
- La mayor escolaridad favorece la lactancia materna
- El numero de hijos previos determina la lactancia materna
- La experiencia con hijos anteriores la favorece

- La lactancia es exclusiva o mixta
- A que edad se están ablactando a los niños
- Cuales son las principales causas médicas que impiden la lactancia materna.
- Causas socioculturales que participan
- Favorece haber acudido a control prenatal
- Favorece haber participado en el club de embarazo
- Hay prescripción de sucedáneos de la leche por parte del personal de salud.
- Que grado de conocimiento tienen sobre los beneficios de la alimentación al seno materno

HIPÓTESIS.

Actualmente hay una moderada prevalencia en la alimentación de lactancia materna exclusiva, en comparación con las generaciones anteriores: por factores culturales, médicos y maternos, dentro de estos la madre que trabaja fuera del hogar, el creciente número de embarazos en adolescentes con mayor desinformación sobre el tema por lo que desestiman la importancia de la misma, y el que sean fácil presa de la información comercial y mediática.

JUSTIFICACION.

Es obvio observar que en la naturaleza, todos los animales mamíferos se alimentan a través de la leche de sus madres o de otro animal de la misma especie, pero esta es implícito en el acto de la necesidad de hambre y el de procuración de cariño y protección en los animales. Por esto es raro e intrigante, el ver al mamífero superior, como transgrede este patrón innato y de sobrevivencia, por otros que pueden o no poner en riesgo a la nueva generación y el aparente desapego hacia con el neonato, al simplemente acostarlo en las piernas o si acaso los brazos y alimentarlo con un artilugio, inerte, de plástico y "frío", a cambio de la tibieza y tersura de los pechos de la madre, momento que no solo brinda nutrición al infante, sino es momento de complicidad entre madre e hijo, de reconocerse y transmitirse no solo de nutrientes, ni siquiera los anticuerpos tan importantes, sino de amor.

¿Cuál es el motivo que ha conducido a las madres a dejar de amamantar? Esta es una pregunta que seguramente nos hemos planteado muchas veces, el abandono de la lactancia al seno materno, conlleva a la vez la pérdida de la cultura transmitida de madres a hijas.

Los pediatras, médicos en general, administradores de la salud, deben sentirse en parte responsables de este hecho y la actual sociedad de consumo. Es por ello que es nuestra labor colaborar, educar, para regresar a las sanas costumbres, de la alimentación exclusiva al seno materno.

Hay pocas referencias bibliográficas donde el éxito o no de la alimentación al seno materno o lactancia sea enfocada desde el punto de vista del médico familiar, en general esto se enfoca desde el punto de vista médico, como la escasa cantidad de leche, las mastitis, pezones umbilicados, agrietados, etc. O sociales, la madre que

trabaja, el estatus por utilizar formulas maternizadas e incluso la figura corporal de la misma madre.

Por esto, parece importante conocer de forma estadística la frecuencia y prevalencia de la alimentación al seno materno en un grupo de madres, así como los factores que la promueven o no, mediante el diseño y realización de una encuesta.

En el presente trabajo, se utilizaron algunas de las herramientas y conceptos del médico familiar (composición, demografía, desarrollo, tipología, integración y APGAR familiar) para encontrar factores que intervengan en la aceptación o no, de iniciar y mantener la lactancia al seno materno, en las mujeres con hijos menores de 6 meses que consultaron de febrero 2005 a julio 2006, en el consultorio 1 del CAAPS "Gaviotas".

Este trabajo también investigó someramente el grado de conocimientos que estas madres tienen sobre los beneficios e importancia de este tipo de alimentación, así como algunos de los problemas médicos frecuentes, para la no lactancia materna. Pero no valorara el estado nutricio de sus hijos con relación a si fueron o no alimentados al seno materno.

METODOLOGÍA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: se aplicó un formulario ex profeso para el presente trabajo, a todas las consultantes con hijos menores de 6 meses al consultorio 1 del CAAPS Gaviotas en el periodo febrero 2005 - julio 2006, que consintieron participar en la encuesta. Esto, una vez terminada la consulta que motivara la presencia de la encuestada, es decir pudiera haber ido o no a una consulta de materno infantil.

En la encuesta solo se consignan las iniciales de la paciente, y no se le informó del resultado de la misma, por lo que no se emitió juicio alguno (asertivo o no) a las encuestadas, solamente al final de la encuesta se dio las gracias por su participación.

Posteriormente se utilizó una hoja de cálculo del programa Excel para realizar y analizar los datos estadísticos obtenidos, para poder ofrecer los resultados, y conclusiones del mismo.

Tipo de investigación según temporalidad: es un estudio transversal

Tipo de investigación según la metodología empleada: estudio de cohorte.

Característica del estudio: estudio analítico.

Universo: todas las consultantes con hijos menores de 6 meses al consultorio 1 del CAAPS Gaviotas en el periodo Febrero 2005 - Julio 2006, que consintieron participar en la encuesta.

Tamaño de la muestra: en este caso es a la totalidad de las mujeres que asistieron al consultorio 1, desearon participar y que cumplieron los criterios de inclusión, hay que recordar que el Centro de Salud trabaja por sistema modular con áreas geográficas de responsabilidad bien determinadas, por lo que el numero de consultantes con los criterios de inclusión, no es muy grande.

Definición de las unidades de observación: mujeres de 12 a 30 años con hijos vivos menores de 6 meses de edad, el día de la encuesta.

Definición del grupo control: no lo requiere el proyecto.

Criterios de inclusión:

Toda mujer de 12 a 30 años que acuda a consulta del 1 de Febrero 2005 al 30 Julio 2006, al consultorio 1 del CAAPS Gaviotas y que tenga un hijo vivo menor de 6 meses.

Toda mujer que cumpla con el criterio anterior y que una vez informada consienta participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Toda mujer de 12 a 30 años que acuda a consulta del 1 de febrero al 30 julio 2006, al consultorio 1 del CAAPS Gaviotas y que no tenga un hijo vivo menor de 6 meses.

Toda mujer que cumpla con el criterio de inclusión y que una vez informada no consienta participar en el estudio

Criterio de eliminación:

Toda mujer que durante la encuesta no de respuestas claras. O se observe que sus respuestas sean para agradar al encuestador. O que muestre cansancio o desánimo en continuar con la encuesta.

Variables, definición y escalas: el presente trabajo presentará sus resultados de forma cuantitativa, números absolutos, porcentaje y promedios, para los resultados de la encuesta, agrupados por edad, escolaridad, tipo de familia, integración familiar, desarrollo familiar, etc. Y cualitativos para la discusión y conclusiones.

Definición de variables:

Lactancia Exclusiva: Aquel aporte único de leche materna al lactante menor.

Lactancia Mixta: Aporte de leche materna y de fórmula, al lactante menor

Lactancia con fórmula maternizada: Aporte exclusivo de fórmula láctea maternizada al lactante menor.

Ablactación: Edad a la que se inicia el ingreso de otros nutrientes además de la leche materna o de fórmula.

Lactante Menor: Comprende de neonato hasta los 8 meses de edad.

Control Prenatal: Asistencia de una embarazada a consultas programadas, durante su periodo de gestación, sin importar si hay o no patología agregada al embarazo. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, estipula como mínimo 5 consultas.

Club de Embarazo: La constitución, organización y asistencia de un grupo de embarazadas, a reuniones con fines de consejería, sobre la preparación del embarazo y parto.

Tipología Familiar: Es la estructura del núcleo familiar, de acuerdo a su composición, demografía, desarrollo, integración y ocupación.

APGAR familiar: Herramienta para evaluar la funcionalidad de la familia.

Selección de las fuentes, métodos, técnicas, y procedimientos de recolección de la información: la información necesaria para el presente trabajo se recolectó en el consultorio 1 del CAAPS Gaviotas, mediante la aplicación de un formulario (Anexo 1) a toda mujer que cumplió con los criterios de inclusión del mismo, durante los meses febrero 2005 - julio 2006. Dicho formulario consta de 19 ítems con 34 preguntas, las que se podrían agrupar en los siguientes apartados:

- ✓ Identificación personal
- ✓ Escolaridad
- ✓ Antecedentes ginecoobstréuticos relevantes
- ✓ Aceptación de lactancia materna
- ✓ Edad de ablactación
- ✓ Causas de morbilidad que evitaron la lactancia materna

- ✓ Consejería de lactancia materna en entrevista (consulta) y grupal (club de embarazadas)
- ✓ Red de apoyo que intervinieron positiva o negativamente en la aceptación de la lactancia materna.
- ✓ Información de la calidad e importancia de la leche materna, tanto para la nutrición como de defensa a enfermedades y de protección de cáncer mamario.
- ✓ Tipología Familiar (Composición familiar, Demografía familiar, Integración familiar, Desarrollo familiar y Ocupación familiar.
- ✓ APGAR familiar.

Por lo que los resultados del trabajo respondieron a todos estos apartados en particular. Y a la prevalencia de la lactancia materna en general.

Consideraciones éticas.

El presente estudio se realizó con el interés científico de aportar nuevos conocimientos sobre uno de los problemas prioritarios de salud de trascendencia que además fuera de interés para las autoridades sanitarias.

Para cumplir con los principios éticos en materia de investigación, el estudio se llevó a cabo según reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, artículo 17, párrafo 1 y artículo 23 del capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, con fecha 7 de febrero de 1984 y los resultados permanecerán bajo resguardo para aplicar encuentros y entrevistas protegidas y usos inadecuados.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".

El acceso a los resultados se reserva únicamente para el investigador y los mismos serán utilizados solo para fines de investigación.

RESULTADOS:

A continuación se presentan los resultados de cada una de las preguntas y variables del estudio realizado, en 30 tablas, las cuales contienen en primer lugar la variable encuestada; estado civil, edad, escolaridad etc. Luego las opciones de las mismas y finalmente el número absoluto de las respuestas obtenidas y el porcentaje de este en relación al total de mujeres encuestadas es decir 52 mujeres.

Tabla 1 * 52 MUJERES

ESTADO CIVIL											
CASADA		UNIÓN LIBRE		MADRE SOLTERA		SEPARADA				TOTAL	
16	30.7%	29	55.7%	7	13.4%	0	0%			52	100%

Tabla 2 *

EDAD											
<15		15 A 19		20 A 24		25 A 30				TOTAL	
0	0%	13	25%	26	50%	13	25%			52	100%

Tabla 3 *

ESCOLARIDAD											
ANAL FABETA		ALFABETA		PRIMARIA		SECUNDARIA				BACHILLER	
0	%	0	%	6	11.5%	36	69.2%			7	13.4%
TÉCNICO		PROFE SIONISTA		EJERCE		NO EJERCE				TOTAL	
0	%	3	5.7%	1	33.3%	2	66.6%			52	100%

Tabla 4 *

GESTACIONES											
1		2 A 3		>3						TOTAL	
35	67.3%	14	26.9%	3	5.7%					52	100%

* Fuente de tablas: Encuesta

Tabla 5 *

PARTOS										
1		2 A 3				>3		TOTAL		
40	76.9%	9	17.3%	3	5.7%	52	100%			

Tabla 6 *

ABORTOS										
1		2 A 3				>3		TOTAL		
2	3.84%					2	3.84%			

Tabla 7 *

CESÁREAS										
1		2 A 3				>3		TOTAL		
6	11.5%	1	1.9%			7	13.4%			

Tabla 8 *

NUMERO DE HIJO VIVOS										
1		2 A 3				>3		TOTAL		
37*	67.3%	14	26.9%	3	5.7%	53	100%			

- HUBO UN PARTO GEMELAR

Tabla 9 *

EDAD DEL LACTANTE										
<1 MES		1 A 3		4 A 6		>6		TOTAL		
28	53.8%	24	46.1%	0	%	0	%	52	100%	

Tabla 10 *

LACTANCIA ACTUAL										
EXCLUSIVA		FORMULA				MIXTA		TOTAL		
34	65.3%	1	1.9%	17	36.7	52	100%			

Hacer pastel

Tabla 11 *

LACTANCIA EN HIJOS ANTERIORES										
EXCLUSIVA		FORMULA				MIXTA		TOTAL		
12	63.1%	1	5.2%	6	31.5%	19	100%			

Tabla 12 *

MESES QUE LACTA A SUS HIJOS										
<1 MES		1 A 3		4 A 6		6 A 12		>1 AÑO		TOTAL
0	%	9	17.3 %	33	63.4%	10	19.2%	0	%	52 %

* Fuente de tablas: Encuesta

Tabla 13 *

EDAD DE ABLACTACIÓN									
<3 MESES		4 A 6 MESES			> 6 MESES			TOTAL	
8	15.3%	44	84.6%	0	%	52	100%		

Tabla 14 *

CAUSAS MEDICO- MATERNO- INFANTIL PARA NO LACTAR									
HOSPITALIZACIÓN		ENFERMEDAD			TENIA POCA LECHE			EL NIÑO NO LA "AGARRO"	
1	7.1%	1	7.1%	11	78.5%	1	7.1%		
EL EQUIPO MEDICO NO FACILITO LA LACTANCIA				PLANIFICACIÓN FAMILIAR			TOTAL		
0	%	0	%	14	100%				

El 26.9% de las encuestadas argumento alguna causa, para no otorgar lactancia materna.

Tabla 15 *

CAUSAS SOCIO CULTURALES											
TRABAJA		CUIDA SU FIGURA			POR COMODIDAD			POR ESTATUS		TOTAL	
7	13.4%							52	100%		

Tabla 16 *

CONTROL PRENATAL									
NO		SI			Nº CONSULTAS			TOTAL	
5	9.6%	47	90.3%	269	5.17 *	52	100%		

* Indica el promedio de consultas por embarazo, por lo que se observa que justamente se cumplió con la normatividad de realizar mas de 5 consultas prenatales, pero que lo ideal son 11 consultas.

Tabla 17 *

RECIBIÓ CONSEJERÍA PARA UNA LACTANCIA EFICAZ											
NINGUNA		POCA			REGULAR			SUFICIENTE		TOTAL	
0	%	13	25%	29	55.7%	10	19.2%	52	100%		

Tabla 18 *

SI FUE CAPACITADA REALIZO LOS CONSEJOS Y ACTIVIDADES ENSEÑADAS									
SI		NO			TOTAL				
50	96.15%	2	3.8%	52	100%				

* Fuente de tablas: Encuesta

Tabla 19 *

ALGUIEN LE RECOMENDÓ FORMULA MATERNIZADA									
PROFESIONAL DE SALUD		ESPOSO			MADRE			SUEGRA	
5	9.6%	3	5.7%	8	15.6%	2	3.8%		
OTRO FAMILIAR		AMIGA /VECINA			NADIE			TOTAL	
0		0		34	65.3%	52	100%		

Tabla 20 *

ALGUIEN LE LLEVÓ LECHE MATERNIZADA SIN CONSULTARLA									
SI		NO			QUIEN			TOTAL	
0	%	52	100%	CUALITATIVA*			52	100%	

Tabla 21 *

ASISTIÓ A REUNIONES DEL CLUB DE EMBARAZADAS DE ESTA UNIDAD									
SI		NO			POR QUE			TOTAL	
42	80.7%	10	19.2%	CUALITATIVA*			52	100%	

Tabla 22 *

CUAL LECHE ES LA MEJOR PARA SU BEBE									
LA MATERNA		DE BOTE			LA DE VACA			TOTAL	
52	100%	0	%	0	%	52	100%		
SABE QUE ALGUNAS DE LAS MUJERES QUE NO DAN PECHO ENFERMAN DE CÁNCER DE MAMA									
SI		NO			TOTAL				
35	67.3%	17	32.7%	52	100%				
QUE LA LECHE MATERNA NUTRE Y PROTEGE A SU HIJO CONTRA ENFERMEDADES									
SI		NO			TOTAL				
52	100%	0	%	52	100%				
QUE LOS BEBES QUE AMAMANTAN TIENEN MENOS CÓLICOS Y ESTREÑIMIENTOS									
SI		NO			TOTAL				
52	100%	0	%	52	100%				

*Fuente de tablas: encuesta

Tabla 23 *

COMPOSICIÓN FAMILIAR ¿CON QUIEN MAS VIVE?									
NUCLEAR		EXTENSA			EXTENSA COMPUESTA			MONO PARENTAL	
32	61.5%	17	32.6%	2	3.8%	1	1.9%		
CUANTOS VIVEN EN TU CASA		HAY OTRAS PAREJAS CON BEBES			LES DAN EL PECHO			TOTAL	
		SI	NO	SI	NO			52	100%
235 Hab.	4.5*		52		0				

* ESTE NUMERO ES EL PROMEDIO DE HABITANTES POR CASA

Tabla 24 *

NUMERO DE INTEGRANTES POR FAMILIA									
<2		3 A 5			>6			TOTAL	
1	1.9%	39	75%	12	23%	52	100%		

* EN EL FORMULARIO LA PREGUNTA FUE CUANTOS VIVEN EN TU CASA

Tabla 25 *

DEMOGRAFÍA FAMILIAR									
RURAL		SEMIURBANA			URBANA			TOTAL	
0	%	0	%	52	100%	52	100%		

Tabla 26 *

INTEGRACIÓN FAMILIAR									
INTEGRADA		SEMIINTEGRADA			DESINTEGRADA			TOTAL	
44	84.6%	0	%	8	15.4%	52	100%		

Tabla 27 *

DESARROLLO FAMILIAR									
FAMILIA TRADICIONAL		FAMILIA MODERNA			TOTAL				
45	86.5%	7	13.4%	52	100%				

Tabla 28 *

OCUPACIÓN FAMILIAR (ESPOSO)									
CAMPEÑO		OBRERO			EMPLEADO			COMERCIO	
0	%	29	55.7%	21	40.4%	2	3.8%		
TÉCNICO		PROFESIONAL			TOTAL				
0	%	0	%			52	100%		

*Fuente de tablas: encuesta

Tabla 29 *

OCUPACIÓN FAMILIAR (USTED)									
CAMPESSINA			OBRERA			EMPLEADA			COMERCIO
0			0			4	7.7%		0
TÉCNICO			PROFESIONAL						TOTAL
0			1	1.9%					5 9.6%

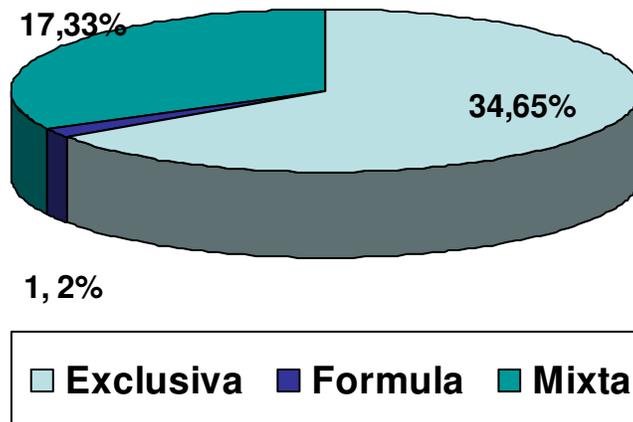
Tabla 30 *

APGAR FAMILIAR									
<u>ADAPTACIÓN</u>			ESTA SATISFECHA CON LA AYUDA DE SU FAMILIA CUANDO TIENE UN PROBLEMA						
NUNCA			A VECES			SIEMPRE			TOTAL
1	1.9%		16	30.7%		35	67.3%		52 100%
<u>PARTICIPACIÓN</u>			EN SU CASA CONVERSAN ENTRE USTEDES LOS PROBLEMAS QUE TIENEN						
NUNCA			A VECES			SIEMPRE			TOTAL
1	1.9%		32	61.5%		19	36.5		52 100%
<u>GCRESIMIENTO</u> POR NEMOTECNIA			EN SU CASA LAS DECISIONES IMPORTANTES LAS TOMAN ENTRE TODOS						
NUNCA			A VECES			SIEMPRE			TOTAL
2	3.8%		29	55.7%		21	40.3%		52 100%
<u>APECTO</u>			ESTA SATISFECHA CON EL TIEMPO QUE USTED Y SU FAMILIA PASAN JUNTOS						
NUNCA			A VECES			SIEMPRE			TOTAL
2	3.8%		16	30.7%		34	65.3%		52 100%
<u>RESOLUCIÓN</u>			SIENTES QUE TU FAMILIA TE QUIERE						
NUNCA			A VECES			SIEMPRE			TOTAL
1	1.9%		2	3.8%		49	94.2		52 100%
TOTAL			TOTAL			TOTAL			TOTAL
7	0		95	95		158	316		411 7.9

Esta tabla se realiza solo para representar los resultados de la encuesta, ya que si el APGAR familiar es una extrapolación del individual (recién nacido), este tabla sería el APGAR comunitario, donde el numero final de 7.9 son los puntos promedio de la encuesta, por lo que se leería como una comunidad funcional.

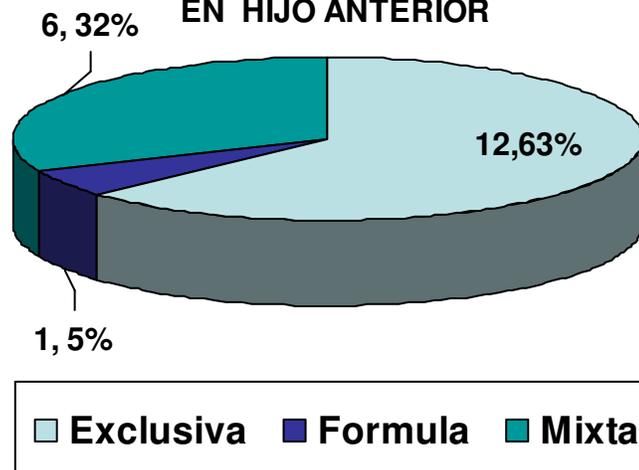
* Fuente de tablas: encuesta.

GRAFICO No. 1
TIPO DE LACTANCIA MATERNA
EN HIJO ACTUAL



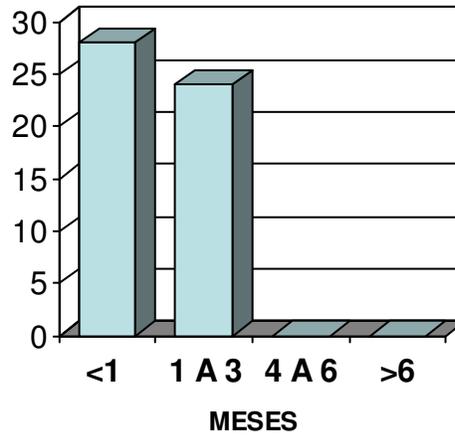
Fuente de gráficos: tabla 10

GRAFICO No. 2
TIPO DE LACTANCIA MATERNA
EN HIJO ANTERIOR



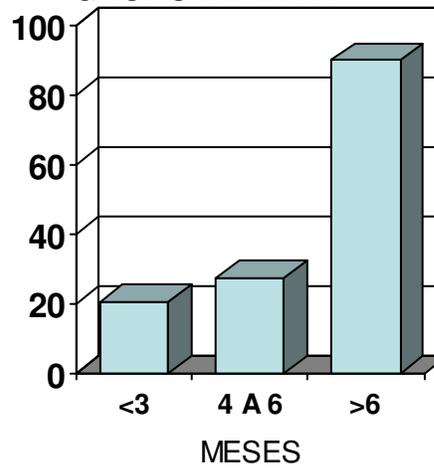
Fuente de gráficos: tabla 11

**GRAFICO No. 3
LACTANCIA MATERNA
POR GRUPO DE EDAD**



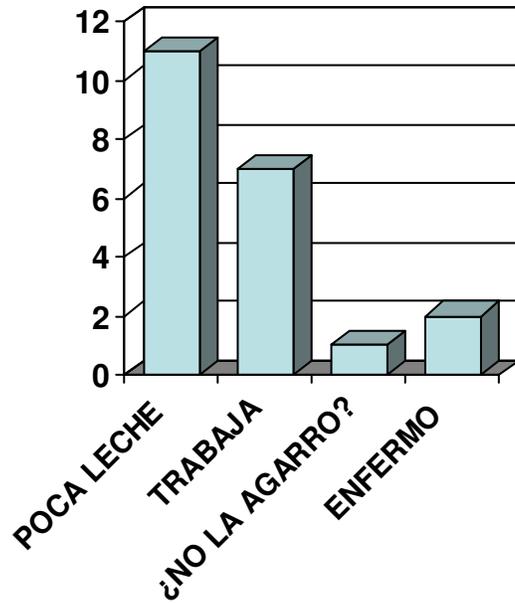
Fuente de gráficos: tabla 9

**GRAFICO No. 4
EDAD DE INICIO DE LA
ABLACTACION POR
GRUPO DE EDAD**



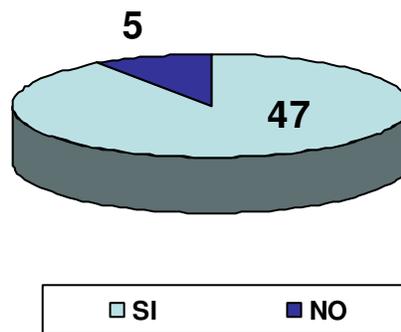
Fuente de gráficos: tabla 13

GRAFICO No. 5
MOTIVOS POR QUE LA MADRE
NO OFRECIÓ LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA



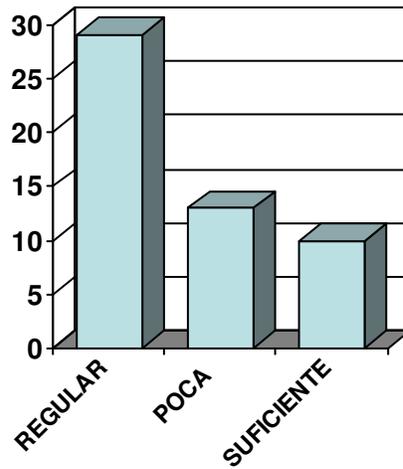
Fuente de gráficos: tabla 14

GRAFICO No. 6
MUJERES QUE LLEVARON
CONTROL PRENATAL



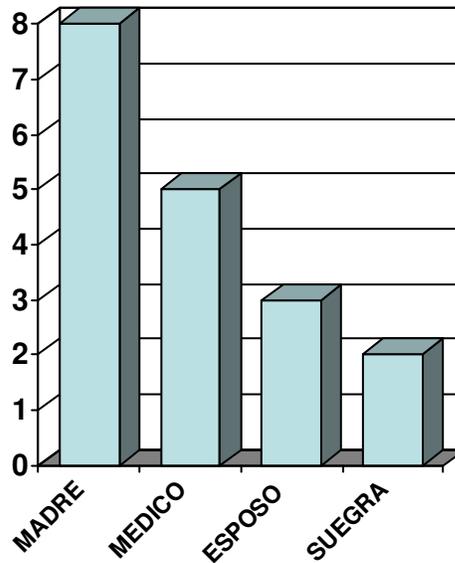
Fuente de gráficos: tabla 16

GRAFICO No. 7
CONSEJERIA OFRECIDA
PARA LACTANCIA
MATERNA



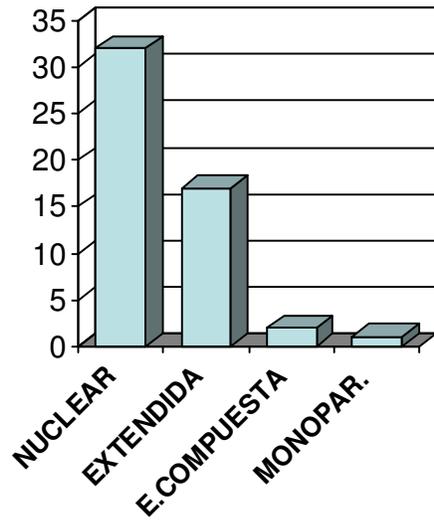
Fuente de gráficos: tabla 14

GRAFICO No. 8
AGENTE QUE PRESCRIBIO LA
ALIMENTACION POR FORMULA



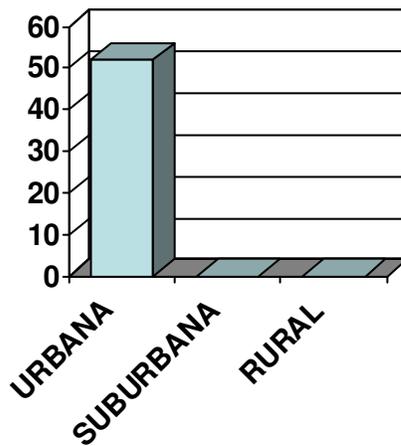
Fuente de gráficos: tabla 19

GRAFICO No. 9
TIPOS DE FAMILIA POR
COMPOSICION FAMILIAR



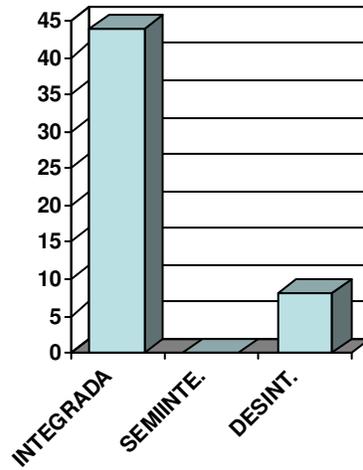
Fuente de gráficos: tabla 23

GRAFICO No. 10
TIPOS DE FAMILIA POR
DEMOGRAFIA FAMILIAR



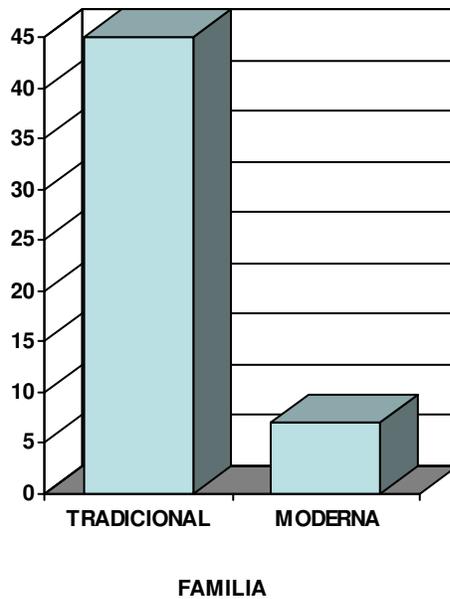
Fuentes de gráficos: tabla 25

**GRAFICO NO. 11
TIPOS DE FAMILIA POR
INTEGRACION FAMILIAR**



Fuente de gráfico: tabla 26

**GRAFICO NO. 12
TIPOS DE FAMILIA POR SU
DESARROLLO FAMILIAR**



Fuente de gráfico: tabla 27

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

En cuanto al tema de esta investigación, no era secreto lo que íbamos a encontrar era la constante disminución en la aceptación de la lactancia materna por parte de algunas de las encuestadas. Que no se está impactando como se desearía con la consejería durante el embarazo, ni con la estancia conjunta de los hospitales amigos del niño y la madre. Hay que mejorar nuestras técnicas y herramientas que utilizamos para esta consejería y la de los clubes de embarazo y de políticas de salud reales y no populistas, que el seguro popular cobre riesgos, como cualquier otro seguro médico. ¿no acudes a control prenatal? pues estas en riesgo y este riesgo te cueste una mayor póliza!, ya nació tu hijo y te atendiste gratuitamente en un hospital amigo del niño y de la madre –perfecto-, ah, pero no estas lactando a tu hijo de forma exclusiva, pues están nuevamente en riesgo madre e hijo (cáncer mamario e infecciones recurrentes respiratorias y diarreicas, con daño a la salud del niño, desnutrición, deshidratación y muerte) cuanto cuesta esto para el sistema de salud, consultas, medicamentos y hospitalización, sin restar la importancia del sufrimiento del enfermo y de los familiares y de los costos indirectos de esto, entonces si te gustan los “juegos extremos”, pues a pagar una mayor póliza.

También reconozco que la información clara y completa, es gran parte de la solución de los problemas.... La salud de un pueblo se mide por su nivel de educación. Pero este compromiso no solo es del sector salud, sino de políticas sanitarias intersectoriales y de gobierno. Entonces porque no invertir esfuerzos y recursos materiales y financieros, en la promoción de la lactancia materna, busquemos la forma de hacérselo saber a nuestras mujeres, niñas y adolescentes.

CONCLUSIONES:

65.3% (34) de las encuestadas, otorgaron lactancia materna exclusiva y el 34.6% (18) no lo hace, 17 de ellas utilizan lactancia mixta y solo una la lactancia con fórmula materna como única opción. Si sumamos a los lactantes que recibieron lactancia exclusiva y mixta nos da un 98.1% (tabla 10), que reciben nutrición, anticuerpos y socialización materna. Esta prevalencia está muy por encima de la reportada en la bibliografía consultada, la explicación está en que si se observa la tabla de resultados de edad de los lactantes, todos son menores de 3 meses (tabla 9), que es la edad promedio de lactancia u ofrecimiento del seno materno, informado en la bibliografía estudiada. Esto se puede comprobar si observamos la tabla 12 en la que se preguntó durante cuantos meses se lactaba a los hijos, en la que solo 10 mujeres respondieron que más de 6 meses y el resto entre 3 y 4 meses. Y que la ablactación la realizaron 44 encuestadas (84.6%) a esa edad (tabla 13). El porcentaje de madres que informaron no haber podido lactar a su hijo fue de 26.9% (14 mujeres) siendo la principal respuesta - tenía poca leche 57.8% (tabla 14), 7 encuestadas más 13.4% argumentaron su no lactancia, porque trabajan, también es importante señalar que de las 52 encuestadas 5, dijeron no haber recibido control prenatal (9.6%), mientras que el 90.3% (47) sí lo recibió, con un total de 269 consultas y un promedio de 5.17 consultas por embarazo (tabla 16), lo que se ajusta con el número mínimo de consultas que pide la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Que 39 encuestadas 75% refirieron haber recibido consejería para una lactancia eficaz, pero un 25% (13 encuestadas) dijo no estar satisfecha con la información recibida (tabla 17), e incluso 10 de estas 19.2% (tabla 21) no asistieron al club de embarazadas, porque no se les invitó o informó

(según ellas), cabe señalar que no se filtraron las respuestas recibidas por las encuestadas en este trabajo. No obstante a la pregunta de que si realizaron las actividades recomendada en el club, el 96.15% dijo que si, lo que es falso ya que como se mencionó 18 encuestadas 34.6%, no otorgaron lactancia materna exclusiva (tabla 10).

También un número igual 18 encuestadas, refirieron que se les recomendó formula maternizada, incluyendo prestadores de servicios de salud, familiares y amistades (tabla 19). Lo bueno que estos son tacaños ya que si bien la “prescribieron” ninguno se las compró u otorgó (tabla 20).

También es contradictorio el hecho de que ante 4 preguntas (tabla 22) sobre la importancia de la lactancia materna, el 100% de las encuestadas dijo saber que la leche materna es la mejor leche para sus hijos, el 100% dijo que la leche materna nutre y protege a sus hijos contra enfermedades y ese mismo 100% de madres dijo saber que los bebes que amamantan padecen menos cólicos y estreñimientos que los que no lo hacen, este porcentaje disminuyo ante la pregunta de que si sabían que la lactancia materna protegía contra el cáncer mamario ya que 35 de ellas (67.3%) dijo saberlo, pero un 32.7% (17) dijeron desconocerlo.

En cuanto a la edad de las encuestadas (tabla 2) en este grupo no hubo menores de 15 años, 25% de ellas (13), estuvo en el grupo de 15 a 19 años, el 50% en el de 20 a 24 años (26) y el otro 25% en el de 25 a 30 años. En cuanto a la escolaridad de las encuestadas (tabla 3), el 69% (36) estudio la secundaria y el 13% (7) bachillerato, y se hallaron 3 profesionistas, de estas 2 trabajan, por lo que no otorgan la lactancia materna exclusiva, pero si mixta. Y en cuanto al estado civil de las encuestadas (tabla 1), 29 (55.7%) vive en unión libre, 7 (13%) son madres solteras, de ellas 5 otorgaron lactancia

materna exclusiva y 2 mixta., sin haber diferencia significativa con el resto del grupo, y 16 (30%) son casadas.

En cuanto a los resultados de los conceptos de medicina familiar, se encontró lo siguiente. 32 familias fueron nucleares y 17 extensas, y sus porcentajes de lactancia materna exclusiva fueron de 63.2 % contra el 65.3 de lactancia exclusiva del total de las encuestadas ya que faltan 3 familias 2 compuestas y 1 monoparental (tabla 23). Pero si se comparan entre estos dos tipos de familia; las nucleares otorgaron lactancia exclusiva en un 40.8% contra 22.4% de las extensas, pero las primeras fueron casi el doble de las segundas, por lo que en realidad no hay diferencia significativa entre estas, como factor determinante de lactancia materna exclusiva. El número de familias tradicionales (tabla 27) fue de 45 (86.5%) del total y moderna 7 (13.4%). Y al compararlas se observa que el 68.9% de las tradicionales otorgan lactancia exclusiva, mientras que en las familias modernas solo el 28.5% lo hacen, esto es, por que las madres de estas familias trabajan, por lo que parece lógico este resultado, sobretodo que de estas 5 (71.4%) otorgan lactancia mixta y 2 (28.6%) lactancia materna, axial que el trabajar no las hace del todo desobligadas. Y la única madre que otorga solo fórmula es de una familia tradicional.

Finalmente mencionaremos que el número de familias integradas (tabla 28) fue de 44 (84.6%) y el de las desintegradas fue de 8 (15.4), y los porcentajes de lactancia materna exclusiva fueron 68.1% para las integradas y 62.5% para las desintegradas, no habiendo diferencia significativa entre ellas ni entre el porcentaje total del trabajo de 65.3% de madres que otorgan lactancia exclusiva a sus hijos.

RECOMENDACIONES

- Que en el club de embarazadas se incluya a las puérperas tanto mediatas como tardías y a las madres con hijos menores de 6 meses.
- Mayor difusión de los beneficios de la lactancia materna así como los riesgos por no realizarla
- Que la póliza de seguro popular sea en función de factores de riesgo, en este caso si la asegurada decidió previa consejería una lactancia mixta o de fórmula, la cantidad a pagar sea mayor.
- Así mismo, que el número de consultas por seguro popular del menor de 5 años, no sea infinita o a demanda, sino con límite, para que la madre valore sino por salud, si por economía la importancia de la lactancia materna exclusiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Arena Ansotegui J. LA LACTANCIA MATERNA EN LA “ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO”. Servicio de Pediatría. Hospital Donosita, San Sebastián España. Anales de Pediatría 2003; 58(3)208-210.
2. Banderali G, Riva E, Scaglioni S, Agostoni C, Giovannini M. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Monitoring breastfeeding rates in Italy. Volume 92, Supplement 441 / September 2003, 6-8.
3. Hurtado Valenzuela J.G., Sotelo Cruz N., Williams Lara C., García Bojorquez M. de J., LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. Boletín Clínica Hospital Estado de Sonora 2006, 23 (1), 15-19.
4. http://www.ibfan-alc.org/biblioteca/declaracion_Innocenti_2005.pdf
DECLARACIÓN DE INNOCENTI DEL 2005 SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE LACTANTES, NIÑAS Y NIÑOS PEQUEÑOS.
5. http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_breastfeeding.html 2004
10 PASOS PARA LA LACTANCIA MATERNA EFICAZ. PROTEGER, PROMOVER Y APOYAR LA LACTANCIA MATERNA.
6. <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm> RECOMENDACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA. Asociación Española de Pediatría. Octubre.2005.
7. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/saand/prevpromsal/edusal/REVISTA/revista%2085/otoNo-suplementp.pdf> SUPLEMENTO LACTANCIA MATERNA. Salud para todos. Otoño 2000. no. 85.

8. Sikorski J, Renfrew M J, Pindoria S, Wade A. APOYO PARA LA LACTANCIA MATERNA (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
9. Kramer MS, Kakuma R. DURACION OPTIMA DE LA LACTANCIA MATERNA (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
10. Villalpando S. EFECTOS TEMPRANOS Y TARDÍOS DE LA ALIMENTACIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS NIÑOS. Unidad de Investigación en Nutrición, Hospital del Pediatría del Centro Médico Nacional. IMSS. Cuadernos de Nutrición: Vol. 2, No. 5. Septiembre – Octubre 2001. pp 211-222.
11. [González Méndez I.](#), [Romero Berenies P.](#) LACTANCIA MATERNA. Revista Cubana Enfermería 2002; 18(1): 15-22.
12. Cabrera Gustavo A., Mateus J. C., Girón Sandra L. DURACIÓN DE LA LACTANCIA EXCLUSIVA EN CALI, COLOMBIA, 2003. *Colomb Medica* 2004; 35(3): 132-138.
13. Kramer M S, Chalmers B, Hodnett E D, Devkovskaya Z, Dzikovich I. UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA BASADA EN LA INICIATIVA BFHI- HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS-. ESTUDIO. *JAMA* 2001; 285: 413- 420.
14. Gonzalo Cabello M.I. Médico de Familia. Guadalajara. LA LACTANCIA MATERNA. *SEMERGEN* 2003;29 (3) 117-118.

15. Estevez Gonzalez M.D., Martell Cebrian D., Medina Santana R., García Villanueva E., FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA. MEDICINA FETAL Y NEONATOLOGÍA. Anales Españoles de Pediatría, Vol. 56 Número 2, 2002.
16. Delgado Becerra A., Arroyo Cabrales L.M., Díaz García M.A., Quezada Salazar C. A.. PREVALENCIA Y CAUSAS DE ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EN EL ALOJAMIENTO CONJUNTO DE UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. Bol Med Hosp Infant Mex 2006; 63(1): 31-39.
17. Tembours Molina M.C., Comité de Lactancia Materna. Servicio de Pediatría INFORME SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA EN EL MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA. Madrid, España. Anales de Pediatría 2003; 58 (3): 263- 270.
18. Franco del Rio G., Sesin M. ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO. CONCEPTOS ACTUALES DE LACTANCIA MATERNA Vol. 3, Número 11, Octubre/Diciembre 2000. Confederación Nacional de Pediatría de México.
19. Díaz Gómez N.M., Lasarte Velillas J. J. EXPERIENCIA DE UN AÑO DEL FORO DE LACTANCIA MATERNA PARA PROFESIONALES Y PADRES. Anales de Pediatría (Barc.) 2004; 60 (1): 87-95.
20. Dyson L, McCormick F, Renfrew M. J. INTERVENCIONES PARA PROMOVER EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA. *Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

21. Dewey K. NUTRICIÓN, CRECIMIENTO Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE EN LACTANCIA MATERNA. Clínica Pediátrica de Norte América. 2001; 1; 85 - 101.
22. Hostalot Abás A.M., Sornie Hubretch A., Jovani Roda L., Rosal Roig J. LACTANCIA MATERNA EN EL SUR DE CATALUÑA. ESTUDIO DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y SANITARIOS QUE INFLUYEN EN SU ELECCIÓN Y SU MANTENIMIENTO. Anales Españoles de Pediatría. Vol. 54, Numero 3, 2001.
23. Hernández Cruz M.G., García Garro A. DESERCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. Revista General Hospital de la Quebrada. Vol. 1, Número 1, Septiembre-Diciembre 2002. pp 28-31.
24. Sanabria M., Coronel J., Díaz C., Salinas C., Sartori J. PERFIL DE LA LACTANCIA MATERNA EN CUATRO SERVICIOS DE REFERENCIA NEONATAL. Archivos de Pediatría Uruguay 2005; 76 (4); 340-345.
25. Gonzalez Salazar F., Cerda Flores R.M., Robledo García J.A. LA CONSEJERÍA EN LACTANCIA Y CONTACTO TEMPRANO EN PAREJAS MADRE – HIJO ESTÁN ASOCIADAS A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES NO PAREADOS. Gaceta Médica Mexicana Vol. 141 No. 2, 2005; 99-104
26. Villalobos de Rivero E., Parra de Soto H., Vera de Soto D. COMPARACIÓN EN LA COMPOSICIÓN DE MACRONUTRIENTES EN LAS LECHES DE MADRES GUAJIRAS Y NO GUAJIRAS. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Vol 64, No. 1, Enero – Marzo 2001; 24-36.

27. Pantoja Baltazar C., Ruiz García J., Flores Huerta S. CRECIMIENTO FÍSICO DE NIÑOS AMAMANTADOS ENTRE LAS EDADES DE 0 A 12 MESES; EFECTO DEL PATRÓN DE REFERENCIA EN SU INTERPRETACIÓN. Bol. Med. Hosp. Infantil México 2000; 57(10): 545-553.
28. Maestre R., Urbano E., Leon W., Hernandez G., Maestre R. CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES DE LAS MADRES DE LA COMUNIDAD DE CAMBALACHE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA, PUERTO ORDAZ, ESTADO BOLÍVAR. Ciudad Guayana. Edo. Bolívar. Periodo 2002. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Vol 66 No. 2 Abril-Junio 2003; 45-58
29. <http://www.unicef.org.co/Lactancia/index.html> 2004. LACTANCIA MATERNA, VENTAJA DE LA LACTANCIA MATERNA, RESEÑA HISTÓRICA. ACCIÓN DE UNICEF.
30. Coronel Carvajal C., Hernandez Cisneros F., Martin Argilágos M. LACTANCIA MATERNA EN EL PRIMER SEMESTRE Y LA SALUD DE LOS NIÑOS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA. Revista Mexicana de Pediatría Vol. 75; num. 5. Septiembre-octubre 2004. pp217-221
31. Abdo Rodríguez A., Arias Díaz A., Rodríguez Canosa J. REPERCUSIÓN DEL DESTETE PRECOZ EN LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES ALÉRGICAS DURANTE LA PRIMERA INFANCIA. Alergia e Inmunol Pediatr 2000; 9(4): 121-125.

32. Peraza Roque G. J. LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO PSICOMOTOR. Revista Cubana Medicina General Integral 2000; 16(4): 402-405.
33. Gallego Machado B. R. . INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN MADRES ADOLESCENTES EN SU CONDUCTA PARA LACTAR. Revista Cubana Med Gen Integr 2001; 17(3) : 244-247
34. Brito Méndez E. C., Guerra Verdecia C. L. , Fernández Cordero E. EXPLORACIÓN DE ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES QUE DEBEN CONOCER LAS GESTANTES EN 2 HOSPITALES DE GRANMA. Revista Cubana Obstetricia y Ginecologia 2002; 28(2).
35. Rojas Ruiz A.V. LACTANCIA MATERNA Y FACTORES SOCIALES. Trabajo original. Correo Científico Médico de Holguin 2000; (4) 1.
36. <http://www.lalecheleague.org/Mexico.html> Copyright © 2006 by La Leche League International and those posting information. All Rights Reserved.

ANEXOS
Encuesta.

Anexo 1

FORMULARIO DE ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA										ANVERSO	
NOMBRE		EDAD		<15	15-19	20-24	25-30				
CASADA		UNION LIBRE		MADRE SOLTERA		SEPARADA					
ESCOLARIDAD											
ANALFABETA		ALFABETA		DE PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILLER			
PROFESIONAL		TECNICO		EJERCE		SI	NO	OCASIONALMENTE			
ANTECEDENTES GINECO OBETETRICOS											
GESTA		PARA		ABORTO		CESAREA		NUMERO DE HIJOS VIVOS			
EDAD DEL ULTIMO HIJO											
< DE UN MES		1 A 3 MESES		4 A 6 MESES		> DE 6 MESES					
LACTANCIA MATERNA ACTUAL											
EXCLUSIVA		FORMULA		MIXTA							
MISMO PATRON HIJOS ANTERIORES											
EXCLUSIVA		FORMULA		MIXTA							
NUMERO DE MESES QUE LACTA A SUS HIJOS											
< DE UNO		DE 1 A 3		DE 4 A 6		DE 6 A 12		MAS DE 1 AÑO			
EDAD DE ABLACTACION											
< 3 MESES		4 A 6 MESES		> DE 6 MESES							
CAUSAS MEDICAS MATERNO INFANTIL PARA NO LACTAR											
HOSPITALIZACION DE ELLA O DEL NIÑO		POR ENFERMEDAD DE ELLA O EL NIÑO		NO TENIA LECHE O MUY POCA							
EL RECIEN NACIDO NO LA AGARRO		EL EQUIPO MEDICO NO FACILITO LA LACTANCIA		USO DE HORMONALES							
CAUSAS SOCIOCULTURALES											
TRABAJA FUERA DE CASA		PIERDE SU FIGURA		ES MAS COMODO OFRECER BIBERON							
POR ESTATUS											
CONTROL PRENATAL											
SI	NO	NUMERO DE CONSULTAS POR EMBARAZO SANA O ENFERMA									
RECIBIO CONSEJERIA PARA UNA LACTANCIA EFICAZ											
NINGUNA		POCA		REGULAR		SUFICIENTE					
SI FUE CAPACITADA REALIZO LOS CONSEJOS Y ACTIVIDADES ENSEÑADAS											
SI	NO										
ALGUIEN LE RECOMENDO FORMULA MATERNIZADA											
PROFESIONAL DE SALUD		ESPOSO		MADRE		SUEGRA		OTRO FAMILIAR			
AMIGA O CONOCIDA		NADIE									
ALGUIEN LE LLEVO LECHE MATERNIZADA SIN CONSULTARLA A ELLA											
SI	NO	QUIEN									
ASISTIO A LAS REUNIONES DEL CLUB DE EMBARAZADAS DE ESTA UNIDAD											
SI	NO	POR QUE									
LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA											
CUAL LECHE ES LA MEJOR PARA SU BEBE											
LA MATERNA		LAS DE BOTE		LA DE VACA							
QUE ALGUNAS DE LAS MUJERES QUE NO DAN PECHO ENFERMAN DE CANCER DE MAMA											
SI	NO										
QUE LA LECHE MATERNA NUTRE Y PROTEJE A SU HIJO CONTRA ENFERMEDADES											
SI	NO										
QUE LOS BEBES QUE MAMAN TIENE MENOS COLICOS O ESTREÑIMIENTO											
SI	NO										

FORMULARIO DE ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA										REVERSO		
TIPO DE FAMILIA												
ESPOSO/HIJOS			PADRES			OTROS FAMILIARES			AMIGOS/CONOCIDOS			
CUANTOS VIVEN EN TU CASA				SI	NO	HAY OTRAS PAREJAS CON BEBES				SI	NO	LES DAN EL PECHO
DEMOGRAFIA FAMILIAR												
RURAL			SEMIURBANA			URBANA						
INTEGRACION FAMILIAR												
INTEGRADA			SEMIINTEGRADA			DESINTEGRADA						
DESARROLLO FAMILIAR												
FAMILIA TRADICIONAL				FAMILIA MODERNA								
OCUPACION FAMILIAR												
ESPOSO		CAMPELINO			OBRERO			EMPLEADO				
		COMERCIO			TECNICO			PROFESIONAL				
USTED		CAMPELINA			OBRERA			EMPLEADA				
		COMERCIO			TECNICO			PROFESIONAL				
APGAR FAMILIAR												
ADAPTATION		ESTA SATISFECHA CON LA AYUDA DE SU FAMILIA CUANDO TIENE UN PROBLEMA										
		NUNCA			A VECES			SIEMPRE				
PARTNERSHIP		EN SU CASA CONVERSAN ENTRE USTEDES LOS PROBLEMAS QUE TIENEN										
		NUNCA			A VECES			SIEMPRE				
GROWTH		EN SU CASA LAS DECISIONES IMPORTANTES LAS TOMAN ENTRE TODOS										
		NUNCA			A VECES			SIEMPRE				
AFFECTION		ESTA SATISFECHA CON EL TIEMPO QUE USTED Y SU FAMILIA PASAN JUNTOS										
		NUNCA			A VECES			SIEMPRE				
RESOLUTION		SIENTES QUE TU FAMILIA TE QUIERE										
		NUNCA			A VECES			SIEMPRE				
TOTAL												
OBSERVACIONES:												
										FECHA		