



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**LACTANCIA MATERNA DESDE EL MODELO CULTURAL: PERSPECTIVA DE
MUJERES DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

P R E S E N T A:

AGRIPINA TORRES MONTALVO.

DIRECTORA DE TESIS: **DRA. JUANA E. SUÁREZ CONEJERO.**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL.

COTUTOR DE TESIS: MTRA. **MARÍA DEL ROCÍO CERROS ARISTORENA.**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS.

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2018



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.



“Puede que la lactancia no sea la mejor opción para todas las madres, pero es la mejor opción para todos los bebés”.

*Lavinia Belli,
Liga de la Leche de Noruega.*

Dedicatoria

- ❖ Para mi Danna que desde el momento en que me enteré que venía en camino fui y soy la mujer más feliz, por lo que es y será siempre mi motor principal en la vida.
- ❖ Para ti mi pareja Erik, mi cómplice de interminables aventuras, mi compañero intelectual, bien sabes que eres una persona muy importante en mi vida, siempre me has impulsado a seguir adelante y a no rendirme ante las adversidades. Te amo tanto, sé que solo tú podrías entenderme, porque estamos juntos en esta travesía.
- ❖ Para mis padres Víctor y Teresa porque siempre me han dado el ejemplo más grande de vida y amor, han sabido formarme con buenos hábitos y valores los cuales me han ayudado a salir adelante, les agradezco mi vida, todos mis logros se los debo a ellos en el que se incluye este.
- ❖ A mis 13 hermanos que siempre estuvieron ahí, cuando necesitaba palabras de aliento, en especial a Tere, Nico, Zena y Víctor quienes gracias ellos pude iniciar con este hermoso sueño.
- ❖ A usted querida maestra y amiga Lety Domínguez que desde la Licenciatura ha caminado conmigo, gracias por todo el apoyo que me brindo en esta etapa.
- ❖ Para mis amigos Fio, Ire, Andrés, Leslie y Toño gracias por el apoyo y amistad que me incentivaron a la culminación de mis estudios, gracias por todos esos bellos momentos vividos.

Agradecimientos

- ❖ Gracias a mi padre dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi travesía de este sueño llamado maestría, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, gracias a su sabiduría que me ha guiado por los caminos exactos, para llevarme al propósito por el cual estoy en este mundo.
- ❖ A la Dra. Juana E. Suarez Conejero, mi tutora, maestra y amiga un ejemplo a seguir como ser humano. Gracias por su esfuerzo, dedicación y por todo su apoyo. Sus conocimientos, orientación, motivación y paciencia han sido fundamental en mi formación como investigadora.
- ❖ A la maestra María del Rocio Cerros Aristorena, mi cotutora, gracias por toda esa transferencia de conocimientos, por la apertura y sencillez para compartir toda su sabiduría en el ámbito de la lactancia materna.
- ❖ A la Dra. Gandhi Ponce, Coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería, un gran ser humano. Gracias por su sencillez y calidad, por todos los apoyos y oportunidades que me brindó durante este camino y hacer de mí una estudiante de calidad sin perder la exigencia.
- ❖ A todas mis maestras que formaron parte de mi formación académica, por sus conocimientos, amabilidad y apertura para el dialogo, muchas gracias.
- ❖ Al centro de Salud Gustavo E. Rovirosa, en especial al grupo de estimulación temprana, agradezco a todos mis informantes, que gracias a su disposición y alegría cooperaron para lograr los objetivos de esta investigación.

Reconocimientos

- ❖ A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Por haberme aceptado y dado la oportunidad de haber sido una alumna más de su casa, por darme las herramientas y verme crecer como profesionista.
- ❖ Al programa de Maestría en Enfermería, formador de investigadores y líderes en el ámbito de la Enfermería, a las entidades que lo conforman, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, FEZ Iztacala y FEZ Zaragoza, que siempre están al pendiente de sus alumnos brindándonos herramientas intelectuales y disciplinares para seguir formando excelentes investigadores.
- ❖ Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por estos dos años de beca brindada, sin ella esto no sería posible. Un gran reconocimiento por creer en la inversión de la educación en los estudiantes, porque solo con la educación es posible un cambio en todas las esferas de la vida.

RESUMEN

Lactancia materna desde el modelo cultural: perspectiva de mujeres de la ciudad de México.

Introducción: El abandono de la LME tiene importantes implicaciones en la salud y en la sociedad. Se estima que durante los primeros 6 meses de vida a nivel mundial el 34.8% de lactantes recibe LME, en América latina el 40% mientras que México tiene el más bajo índice, con una disminución en los últimos 6 años del 22.3% al 14.4%, a pesar de los esfuerzos y programas diseñados para revertirlo. La lactancia materna está bajo la influencia de la globalización y del cambio del modelo cultural moderno al posmoderno, lo cual influye directamente en sus prácticas, generado un impacto negativo en niños, madres, familias y sociedad en general.

Objetivos: Comprender la perspectiva de las mujeres de la Ciudad de México sobre lactancia materna desde el modelo cultural.

Metodología: El estudio fue cualitativo exploratorio, los informantes fueron mujeres que ofrecieron y negaron LME de la Ciudad de México entre 15 y 49 años con bebés menores de 2 años. La selección de la muestra fue intencional. Utilizamos como técnicas: entrevistas a profundidad, guías de observación y se aplicó un análisis categorial al material recolectado en la observación.

Resultados: En el modelo cultural moderno la LME se considera un deber encontramos 3 tipos de mujeres: la que se encuentra en un entorno favorable y tiene profunda convicción en dar LME (tipo 1); la que tiene profunda convicción de dar LME y lo hace a pesar de encontrarse en un entorno vinculado al modelo postmoderno el cual presionan para no hacerlo (tipo 2) y la que tiene profunda convicción de no hacerlo pero lo hace debido a la presión de su entorno vinculado al modelo moderno (tipo 3). Vinculadas al entorno cultural postmoderno asociado a no brindar LME por ser un derecho encontramos 3 tipos de mujeres: la que tiene profunda convicción de no dar LME porque es su derecho y se encuentra en un entorno favorable a esta práctica (tipo 4); la que tiene profunda convicción de no dar LME y no la brinda, a pesar de encontrarse en un entorno ligado al modelo moderno

que presiona a brindarlo (tipo 5) la que tiene la profunda convicción de hacerlo, pero no lo hace debido a la presión de su entorno vinculado al modelo postmoderno (tipo 6).

Conclusiones: Asociando la LME con modelos culturales concluimos que en el modelo cultural moderno se considera la LME como un deber, mientras que en el postmoderno un derecho. Al encontrarnos en transición entre un modelo y otro, las mujeres están influenciadas por discursos y prácticas culturales que en ocasiones son contradictorias. Comprender estos fenómenos nos permitirá diseñar estrategias efectivas desde la enfermería para aumentar la LME.

Palabras claves: Lactancia materna exclusiva, modelo cultural, modernidad, postmodernidad.

ABSTRACT

Breastfeeding from the cultural model: perspective of women in Mexico City.

Introduction: The abandonment of the exclusive breastfeeding (EB) has important implications for health and society. It is estimated that during the first 6 months of life worldwide, 34.8% of infants receive EB, in Latin America 40%, while Mexico has the lowest index, with a decrease in the last 6 years of 22.3% to 14.4%, despite efforts and programs designed to reverse it. The Breastfeeding is under the influence of globalization and the change from the modern to the postmodern cultural model, which directly influence their practices, generating negative impact on children, mothers, families and society in general.

Objective: Understand the perspective of women in Mexico City on breastfeeding from the cultural model

Methods: The study was qualitative exploratory, the informants were women who offered and denied EB in Mexico City with ages between 15 and 49 years old with infants under 2 years. The sample was selected intentional. We used as techniques:

depth interviews, observation guides and a categorical analysis was applied to the material collected in the observation.

Results: In the modern cultural model where the EB is considered as a duty we find 3 types of women: the woman who is in a favorable environment and has a deep conviction to give EB (type 1); the woman who has deep conviction to give EB and she does it in spite of being in an environment linked to the postmodern model which presses for not to do it (type 2) and the woman who has the deep conviction to do it, but she don't give due to the pressure of its environment linked to the postmodern model (type 3). Linked to the cultural postmodern environment associated to not provide EB by being a right we find 3 types of women: the woman who is deeply convinced for not give EB because it is their right and she is in an environment favorable to this practice (type 4); The woman who has deep conviction of not give EB and does not offer it, in spite of being in an environment linked to the modern model that presses to offer it (type 5) and the woman who has deep conviction for don't do it, but she do it due to the pressure of its environment linked to the modern model (type 6).

Conclusions: Associating the EB with cultural models we conclude that in the modern cultural model the EB is considered as a duty, while in the postmodern one as a right. As we find ourselves in the transition from one model to another, women are influenced by cultural discourses and practices that are sometimes contradictory. Understand these phenomena will allow us design effective strategies from a point of view of the nursing to increase the EB.

Keywords: Exclusive breastfeeding, cultural model, modernity, postmodernit

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RECONOCIMIENTOS.....	iii
RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS.	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO I. PANORAMA INTERNACIONAL Y NACIONAL SOBRE LA LACTANCIA MATERNA.....	7
1.1 Situación internacional	7
1.2 Situación nacional.....	9
CAPÍTULO II. CAUSAS FÍSICAS (EXTRA SOCIALES) DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	12
2.1 Complicaciones de la glándula mamaria.....	12
2.2 Complicaciones patologías maternas.	14
2.3 Insuficiente producción láctea (hipogalactia)	15
2.4 Causas físicas en el lactante que influyen en el abandono de la LME.....	16
CAPÍTULO III. CAUSAS SOCIALES DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	18
3.1. Factores Estructurales	18
3.2 Factores culturales.....	23
CAPÍTULO IV. APROXIMACIÓN TEÓRICA PARA COMPRENDER LAS RAZONES DE LAS MUJERES EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ASOCIADAS AL MODELO CULTURAL.....	29
4.1 Nuevo contexto sociocultural; posmodernidad.....	29
4.2 Guy Bajoit. Biografía.	31
4.3 La mutación cultural: Guy Bajoit. Concepto posmodernidad.....	31

4.4 La gestión relacional de si: Guy Bajoit	33
4.5 Cambios de la modernidad a la posmodernidad dentro del ámbito de la enfermería.....	35
4.5.1 El cambio cultural y la lactancia materna exclusiva.	37
CAPÍTULO V. METODOLOGÍA DE TRABAJO DE CAMPO	40
5.1 Tipo de estudio.....	40
5.2 Diseño	40
5.3 Contexto y lugar donde se realizará el estudio.	40
5.4 Informantes.	41
5.5 Técnica de recolección de la información.....	41
5.6 Análisis de datos	42
5.7 Aspectos éticos y legales.	43
5.8 Temporalización.....	43
5.9 Rigor metodológico	44
CAPITULO VI: HALLAZGOS Y DISCUSIÓN	46
6.1 Presentación de informantes.....	46
Categoría A. CONVICCIÓN SENTIDA DE OFRECER LME.	49
Subcategoría a1. LME como deber.....	50
Subcategoría a2. LME como beneficio.	52
Subcategoría a3. Des - acuerdo con LME: Entorno familiar.	55
Categoría B. CONVICCIÓN NEGADA DE OFRECER LME.....	62
Subcategoría b1. No LME por derecho.....	63
Subcategoría b2. LME No como beneficio.....	67
Subcategoría b3. No LME como presión social.	68
CAPÍTULO VII. PROPUESTA: MODELO DE ANÁLISIS PARA COMPRENDER LAS CAUSAS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA... 74	
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES	82
CAPÍTULO XI. RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	85
ANEXOS	95

INTRODUCCIÓN

La leche materna, también llamada leche humana, es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla. Se distinguen: el calostro, la leche de transición y la leche madura.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida, posteriormente la introducción de alimentos apropiados y seguros para la edad, así como el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más¹.

Estudios epidemiológicos más recientes,² señalan diversas ventajas para los lactantes, madres, familia y sociedad derivados del uso de la alimentación al seno materno. Esas ventajas incluyen beneficios en la salud, nutrición, respuesta inmunológica, crecimiento y desarrollo, aspectos psicológicos, sociales, económicos y ambientales³.

La lactancia materna responde a un hecho biológico, pero inevitablemente está sujeta a influencias sociales, económicas y culturales⁴, ha perdido importancia debido a la globalización, fenómeno que se inmiscuye en muchos y diferentes ámbitos⁵, generando un impacto considerablemente negativo en los niños de todo el mundo.

Ejemplo de ello las enfermedades crónicas del lactante van en aumento y constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad, debido en gran medida, al abandono en la práctica de la LME, en este sentido los sucedáneos de leche materna y el uso del biberón, forman parte de los factores determinantes en el abandono, ya que son considerados en nuestra sociedad como “la comodidad” monetaria en las familias⁵, también lo son las prácticas hospitalarias erróneas, la desinformación del personal de salud y la incorporación de la mujer al mercado laboral⁶, otros elementos como la urbanización, los avances tecnológicos, que por consecuencia afectan las tendencias sociales, médicas y dietéticas en todo el mundo, por tanto esta investigación es relevante para ofrecer elementos para

coadyuvar el aumento de la lactancia materna exclusiva en nuestro país.

Esta tesis está estructurada de la siguiente manera:

El capítulo I destaca el panorama internacional y nacional sobre la práctica de la lactancia materna, retoma investigaciones realizadas para dar a conocer los beneficios que se obtienen al practicar la LME, así mismo, en este apartado se expone las razones por las cuales las madres abandonan esta práctica a nivel mundial, así como en México.

El capítulo II describe las causas extra sociales (físicas) en el abandono de la LME, factores relacionados con la glándula mamaria, el estado de salud (patologías) de la madre y del bebé.

En el capítulo III se puntualiza sobre las causas sociales que inciden en el abandono de la LME, haciendo énfasis en la investigación para conocer más allá de las causas físicas. Así como el abordaje de las causas estructurales, que constituyen uno de los componentes que afectan el abandono de esta práctica.

El capítulo IV, se propone la teoría del sociólogo Guy Bajoit para comprender la relación que existe sobre la LME y modelo cultural, a partir de los discursos de las informantes.

El capítulo V se describe la metodología que se utilizó para esta investigación así como el rigor metodológico y sus aspectos éticos y legales.

EL capítulo VI se agrupan los principales hallazgos de esta investigación, donde se detallan dos grandes categorías, de las cuales se derivan 3 subcategorías encontradas, así como la discusión.

En el capítulo VII se desarrolló la propuesta, la cual se presenta un modelo de análisis desde una perspectiva social, para comprender las causas del abandono

de la lactancia materna exclusiva a nivel nacional.

El capítulo VIII corresponde a las conclusiones que arroja el presente estudio.

Y por último en el capítulo IX se refiere las recomendaciones a partir de lo encontrado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alimentación a la lactancia materna es fundamental para la supervivencia de los seres humanos y más aún en las primeras horas y meses de vida, ya que ésta aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita, durante el segundo semestre de vida sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales y hasta un tercio durante el segundo año¹.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define a la lactancia materna exclusiva como la única forma de alimentación que recibe el niño del pecho de la madre o de una nodriza, sin recibir ningún tipo de alimentos líquidos o sólidos, ni siquiera agua (con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos)¹.

La exclusividad y la demanda del recién nacido, favorece que la madre reciba la estimulación necesaria para una óptima producción de leche durante los 6 meses o más como recomienda la OMS¹. Dicha recomendación obedece a la evidencia sobre los beneficios en el estado de salud del recién nacido, ya que muestra un mejor desarrollo del sistema nervioso central, desarrollo psicomotor, crecimiento y desarrollo óptimo, así como también al estímulo y fortalecimiento del sistema inmunológico y para la madre como prevención del cáncer mamario, cáncer de ovario y hemorragias posparto entre otros⁶.

Sin embargo, a pesar de los indiscutibles beneficios de la lactancia materna, identificando los esfuerzos de diversos organismos internacionales y nacionales por destacar la importancia de dicha práctica, a nivel mundial se estima que solamente el 34.8% de lactantes reciben LME durante los primeros 6 meses de vida⁷, mientras que en la Región de Latinoamérica y el Caribe solamente alrededor de 40% de los niños y niñas la reciben⁸.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2011-2012⁹, entre el 2006 y 2012 en la región de México solo el 37.9% de los niños menores de 6 meses reciben LME, mientras que en el país la LME

disminuyó del 22.3% al 14.4%, particularmente en los sectores más vulnerables siendo el país más bajo en Latinoamérica⁹, ya que el modelo cultural donde hoy se desarrolla la mujer mexicana trasciende a las prácticas sociales, de salud y específicamente al tema de LME.

Las causas de disminución o abandono de la práctica de la LME resultan multifactoriales (físicas, estructurales y culturales), siendo el aspecto cultural el de mayor relevancia, ya que la literatura hoy en día marca poco explorado el tema desde esta perspectiva y esta metodología, de cómo las mujeres viven este paradigma social en la práctica de la LME en la posmodernidad, y se han centrado más en las causas clínicas.

Por tal motivo, se analiza dicho fenómeno desde un enfoque social, que permita comprender las perspectivas que llevan a las mujeres mexicanas de edad reproductiva de la Ciudad de México a practicar la LME y reconocer aquellas razones que "caen" en el paradigma de lo moderno o de lo posmoderno y con ello darle sentido a una visión desde las propias mujeres de lo que hoy las impulsa o no a lactar, ya que este tema constituye una prioridad en materia de salud pública, para promover la salud y prevenir la morbi-mortalidad materno infantil, por lo tanto, surge la siguiente pregunta de interés:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la perspectiva de las mujeres de la Ciudad de México sobre la lactancia materna desde el modelo cultural?

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es relevante para el sector salud, a fin de promover la salud y prevenir la morbi-mortalidad materno infantil en el país, además de ofrecer elementos sobre las razones por las cuales las mujeres abandonaron la lactancia materna exclusiva y que pueden ser referentes para acciones en de orientación, promoción y la atención especialmente en el área de lactancia materna exclusiva.

Para el personal de enfermería aportar información que coadyuve al aumento de la lactancia materna, teniendo asesorías por parte del personal para facilitar una lactancia exclusiva exitosa.

Y para las mujeres constituir un referente de acuerdo con los procesos por los cuales la mamá atraviesa durante la etapa de la LME en el cambio cultural.

OBJETIVOS.

Objetivo general.

- Comprender la perspectiva de las mujeres de la Ciudad de México sobre lactancia materna desde el modelo cultural.

Objetivos específicos.

- Distinguir el perfil de mujeres lactantes mexicanas en el modelo cultural.
- Identificar las razones sociales que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres mexicanas.
- Discernir las razones extra sociales (físicas) que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres mexicanas.

CAPÍTULO I. PANORAMA INTERNACIONAL Y NACIONAL SOBRE LA LACTANCIA MATERNA.

Para la revisión de la literatura se consultaron bases de datos científicos: Pub Med, Scielo, CINAHAL, Medigraphic, en la Biblioteca de Cochrane y Google académico para la búsqueda y localización de artículos científicos en español e inglés.

Para la búsqueda se tomaron los siguientes parámetros: periodo del 2010-2017, causas por las cuales las mujeres abandonaban o continuaban con la lactancia materna exclusiva, en estudios cualitativos y cuantitativos, cabe mencionar que en la revisión la mayoría de los estudios fueron encontrados en metodología cuantitativa.

La revisión de la literatura permitió identificar los antecedentes respecto al fenómeno estudiado. Diversos países como Estados Unidos, Perú, Colombia, Cuba, México, España, entre otros, se han interesado en generar evidencias del tema en particular (lactancia materna exclusiva).

A continuación, se presentan dichos estudios ordenados de manera sistemática, iniciando con los artículos más representativos de las principales causas por las que las mujeres continúan con la lactancia o de lo contrario, la abandonan:

1.1 Situación internacional

Afoakwah G et al. (2013)¹⁰ de la Universidad de Manchester, realizaron un estudio con metodología cualitativa sobre los principales factores en las mujeres para ofrecer lactancia materna, encontrando como principales hallazgos que las mujeres ofrecían lactancia porque lo consideran un símbolo de maternidad, una decisión significativa en el momento de amamantar, además de promover la vinculación, protección e interacción entre madre-hijo.

De acuerdo a la investigación de Rachael L. et al. (2015)¹¹ realizada con enfoque cualitativo, fenomenológico e interpretativo para explorar por qué las mujeres ofrecieron LME, encontraron hallazgos relevantes, uno de su categoría fue que las

mujeres adoptaban una buena imagen materna al amamantar inmediatamente, además de ajustarse a la obligación moral y porque existía un vínculo afectivo.

Luna Jamile X et al. (2015)¹² realizaron un estudio descriptivo, exploratorio, en Brasil con el objetivo de identificar los factores que pueden influir en las madres lactantes para la interrupción de la LME durante los primeros seis meses de vida del bebé, teniendo como resultado el poco conocimiento de las madres lactantes en relación con la unión del gasto binomial, la incorporación al trabajo y la hipogalactia (que no tenían leche).

A partir de las revisiones bibliográficas^{13-14,15-22} coincidieron que las principales dificultades por las cuales las mujeres dejan la práctica de la LME fueron; no tener leche en las mamas, que el niño no se llenaba, razones de trabajo, la publicidad de un gran número de alimentos infantiles, cambios en el estilo de vida, roles asumidos por la mujer y la falta de apoyo para desarrollar exitosamente la práctica del amamantamiento.

Un artículo de Ryan et al.²³ (2002) realizado en Estados Unidos reportaron el total de bebés alimentados al seno materno, tan solo el 15,8% recibieron LME hasta los seis meses de edad, los factores sociodemográficos, la experiencia de la madre y que no trabajaban fueron factores para el favorecimiento de la exclusividad de la LM.

Estévez González et al. (2002)²⁴ se centraron en estudiar las razones que influyen en el abandono de la lactancia materna, mostrando que la madre decide la mayoría de las veces por sí sola suspender la lactancia materna a los 15 días. La sensación de que el bebé pasa hambre y de que no se tiene leche suficiente, constituyen la causa más frecuente de abandono los 15 días.

Por otro lado, el diseño predominante fue el corte cuantitativo, por lo que es importante abordar dicha investigación desde un enfoque cualitativo, para conocer más afondo la parte subjetiva en las mujeres, del porque lactan o no.

1.2 Situación nacional.

A pesar de los innumerables beneficios que ofrece la leche humana para el desarrollo del lactante, no parecen ser suficientes para que las madres implementen y/o prolonguen su duración, considerando que en México su prevalencia se encuentra por debajo de lo logrado en comparación con otros países de América latina.

En la actualidad, México se sitúa en una realidad poco favorable para la niñez, la LME ha disminuido en las últimas décadas, debido a múltiples factores derivados de la comercialización, publicidad contraria hacia la lactancia, y condiciones poco favorables del mercado laboral para que las madres continúen con la práctica exclusiva de amamantamiento. Así mismo se han cambiado las dietas y hábitos alimenticios, el aspecto económico adquiere también un lugar preponderante, la urbanización, la sociedad, sin olvidar el impacto de la incorporación de la mujer en el mercado laboral²⁵.

Según la Secretaría de Salud, se estima que solamente el 34.8% de lactantes reciben LME durante los primeros 6 meses de vida⁷ lo que significa que la mayoría de los bebés son alimentados con lactancia artificial en los primeros meses de su vida.

De los principales estudios realizados en México^{23,26-29, 30} se obtuvo que las principales causas por las que, las mujeres abandonaron la LME fueron: la publicidad de un gran número de alimentos infantiles, cambios en el estilo de vida, roles asumidos por la mujer y la falta de apoyo para desarrollar exitosamente la práctica del amamantamiento, la cultura del biberón, la falta de producción de leche, el rechazo del neonato, la hospitalización de la madre, etc.

En base a estos resultados, es indudable que en nuestro país un gran número de mujeres inician la práctica de la lactancia natural, sin embargo, en el transcurso de los meses la práctica va disminuyendo de una manera significativo.³¹

Los resultados que se obtuvieron sobre las prácticas de lactancia materna en

México manifiestan que están muy alejados de lo que recomienda la OMS. En general, los indicadores de LM muestran deterioro en los últimos 6 años con respecto a las encuestas anteriores, situación preocupante para todas las instituciones de salud.

Además, en la ENSANUT 2012 se obtuvo información sobre los motivos por los cuales las madres de niños menores de 24 meses nunca amamantaron a sus bebés, las causas más significativas mencionadas por las madres, la sensación de no tener leche y en seguida la enfermedad de la madre³².

Según la UNICEF, se calculó que en el año 2013 a nivel mundial 161.5 millones de niños menores de 5 años sufrieron retraso del crecimiento, 50.8 millones presentaban un peso bajo para su talla y 41.7 millones tenían sobrepeso. Lo que indica que, si todos los niños menores de 6 meses tuvieran una lactancia exclusiva, cada año se podría salvar la vida a más de 800 000 niños de menos de 5 años. Además, una ventaja de la lactancia materna que generalmente es ignorada, es una notoria mejoría del coeficiente intelectual³³.

A su vez, el 5% de niños menores de seis meses consumen fórmula y aumentó el porcentaje de niños que además de leche materna, consumen innecesariamente agua.⁷ Dicho comportamiento es negativo, porque inhibe la producción láctea e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales.

Crowley Isabel (2015)³¹, representante de UNICEF en México, durante un mensaje difundido en un Activate Talk, informó que cada año nacen en México alrededor de 2 millones 400 mil niños y niñas, pero sólo 1 de cada 7 goza de los beneficios de la leche materna exclusiva durante sus primeros 6 meses de vida, situación que cada vez va en aumento por la falta de apoyo hacia esta práctica, aunado a los medios de comunicación y mercantilización. Así mismo, menciona que 1 de cada 10 mujeres que trabajan, amamantan a sus bebés, el resto ofrece fórmulas artificiales³⁴.

Martínez González Aurora, Vicepresidenta de la Asociación Pro Lactancia Materna (APROLAM) A.C. en México, informó que se presentan entre 1.1 y 3.8 millones de

casos de las enfermedades infecciosas más comunes en niños menores de 5 años, y entre 933 a 5,796 muertes al año, a consecuencia de las prácticas inadecuadas de lactancia.³¹ Aquí radica la importancia de la lactancia materna exclusiva, es decir, hay miles de vidas que pueden salvarse al apoyar a las madres y a sus bebés a gozar de esta práctica durante los seis primeros meses de vida.

Por lo anteriormente expuesto, se deduce que el tema del abandono de la lactancia materna exclusiva es de gran interés a nivel internacional, exponiendo y develando importantes evidencias acerca de los factores y beneficios que conlleva esta práctica.

De acuerdo a la revisión de la literatura internacional y nacional, existen pocos estudios cualitativos que revelen las razones de las mujeres lactantes del porque continuar o abandonar la LME, las causas que son asociadas con el modelo cultural por el que atraviesa la mujer mexicana, situación que dificulta comprender y contrarrestar de manera eficiente el bajo índice de la LME, por lo tanto, resulta indispensable visualizar el panorama, primero desde un enfoque social sin dejar de lado el aspecto de la salud.

En el siguiente capítulo, se describen explícitamente las principales causas por la que la mujer mexicana tiende abandonar precozmente la LME, problemas por las que la enfermería debe de enfocarse más para revertirlo.

CAPÍTULO II. CAUSAS FÍSICAS (EXTRA SOCIALES) DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

El abandono progresivo de la lactancia materna exclusiva en las generaciones actuales y futuras conlleva consecuencias de gran impacto para la salud de los infantes.

Profesionales e instituciones sanitarias de carácter internacional y nacional reconocen los beneficios de la lactancia natural para el estado de nutrición y la supervivencia infantiles. A pesar de ello, existen miles de madres que están influenciadas a abandonar esta práctica, por lo que el fracaso de la lactancia materna exclusiva se puede considerar como “una nueva enfermedad propia de los siglos XX y XXI”¹.

A continuación, se presenta detalladamente un breve análisis de las causas extra sociales (físicas), cabe mencionar que la palabra extra social se utilizará en esta investigación para describir y diferenciar de las causas sociales, donde se engloban las complicaciones de la mujer en la glándula mamaria, patologías de la mamá y causas físicas del bebé.

2.1 Complicaciones de la glándula mamaria

El dolor y los problemas del pecho son habituales en las madres que amamantan, originan importantes molestias, disminuye su confianza, y capacidad para ofrecer LM y con frecuencia son causa de abandonos precoces.

Las molestias más frecuentes que enfrentan al momento de amamantar están relacionadas con los senos y vinculadas con cuestiones de malas técnicas, por ejemplo, la incorrecta colocación del bebé que ocasiona que el pezón se agriete, presencia de dolor y he ingurgitación mamaria, obstrucción de los conductos y las mastitis. Así como también, la creencia de no tener leche (hipogalactia) y las causas patológicas. Lo que significa que el desconocimiento lleva a las mujeres a tener estas complicaciones y por lo tanto al abandono de la LME.

A continuación, se describen las causas relacionadas a las glándulas mamarias y las enfermedades que imposibilitan a la madre a practicar la Lactancia:

Pezones planos e invertidos: El pezón invertido, se debe a un cierto grado de fibrosis y disminución del número de senos lactíferos. Al no protruir el pezón o retraerse cuando el lactante lo introduce en su boca, la ausencia de estímulo puede dificultar el agarre y favorecer el daño del pezón, e incluso inhibir el reflejo de succión, lo que provoca apatía hacia el amamantamiento.

Es importante que la madre prepare sus pezones durante la gestación, para que al iniciar la alimentación funcionen de manera adecuada y no le produzcan molestias.³⁵ Este problema puede ser fácilmente identificado en los controles anteriores al parto. Por lo tanto, no está contraindicado amamantar cuando se da alguna de estos problemas, ya que la función del pezón es estimular el reflejo de búsqueda del niño.

Grietas en el pezón: Son lesiones multifactoriales en el pezón, producto de una presión inadecuada causada por la boca del niño o por alteraciones de la función motora oral³⁶, pueden presentarse alrededor de la base y a través de la punta, en forma recta o de estrella. Estas lesiones provocan dolor, ardor e incluso sangramientos³⁷. Situación desconcertante para la madre y por ende abandona la lactancia materna.

Pezón adolorido: La causa más común es la técnica incorrecta para amamantar (no se coloca suficiente superficie de pezón y areola dentro de la boca y el bebé sólo succiona la punta del pezón); generalmente la piel no sufre daño. Sin embargo, el bebé no obtiene suficiente leche ya que sólo succiona la punta del pezón, y si la leche no es removida de los senos, la producción láctea disminuye. El dolor puede causar bloqueo del reflejo de oxitocina³.

Congestión mamaria, plétora o sobrecarga: La congestión mamaria de los primeros días posparto puede aumentar la tensión en la areola y aplanar aún más el pezón, lo que puede condicionar la pérdida de elasticidad.

Se define así al seno demasiado lleno por vaciamiento inadecuado o reflejo de

eyección inhibido³. Esto sucede cuando baja por primera vez la leche, las mamas se ponen muy duras, pesadas e incómodas debido a que están muy llenas, algunas mujeres no sufren ninguna incomodidad, mientras que otras madres presentan congestión y dolor en los senos.

La ingurgitación mamaria de los primeros días tras el parto se puede prevenir estimulando el amamantamiento frecuente desde el nacimiento. La aplicación de compresas frías y analgésicos entre tomas disminuye el dolor y la congestión. Antes de la toma, cuando los pechos están tan tensos que impiden al bebé agarrarse, es útil que la madre aplique calor suave y, mediante masaje, vacíe ligeramente la mama, lo que disminuirá la tensión y facilitará el enganche.

En los casos de edema areolar intenso que puede comprimir los conductos e impedir el flujo de leche adecuado, un masaje superficial, aplicando presión con los dedos desde el pezón hacia el borde areolar de forma seriada, permite arrastrar el exceso de líquido subcutáneo hacia la mama y liberar la zona de pezón y areola, lo que facilita el agarre.

Mastitis: Las mastitis constituye la principal causa médica de destete³⁷, es un proceso infeccioso en el pecho, produce escalofríos, fiebre de más de 38,5°C, calor en el área afectada, piel rosada y dolorosa²³. Suele ser la complicación más seria de una mala técnica en la lactancia, esta inicia por la congestión mamaria y técnica de vaciamiento incompleto. Comúnmente ocurre varias semanas después del parto.

2.2 Complicaciones patológicas maternas.

Existen complicaciones patológicas²³ por lo que las madres deben suspender la lactancia o llevar un control estricto para así poder continuar con la práctica, algunas de estas enfermedades son: Septicemia; por el uso de algunos medicamentos y a la posibilidad de contagio, la tromboembolia, esta dependerá del estado de la madre y grado de afectación, si se encuentra recibiendo tratamiento con anticoagulantes no se contraindica la lactancia, excepto con la fenindiona. En Hepatitis, no es necesario suspender la lactancia. Se puede proteger al lactante con gammaglobulina, y acentuar las medidas higiénicas. Si hay enfermedad clínica con

virus B, lo más probable es que el recién nacido ya haya sido expuesto al virus, y el manejo debe ser en las primeras 12 horas con gammaglobulina hiperinmune HB y con la aplicación de vacuna HB, que se repetirá al mes y a los seis meses. La tuberculosis, si la madre está en tratamiento desde dos semanas antes del parto, puede amamantar. Si tiene baciloscopias positivas, se protegerá al bebé con quimioprofilaxis y vacuna BCG, el virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA). Aunque han sido informados casos de transmisión a través de leche de madres que han sido transfundidas en el parto y han adquirido la infección, siempre se debe valorar cada caso en particular y el cáncer mamario y quimioterapia. El cáncer mamario bilateral es causa de suspensión definitiva de la lactancia, debido a la quimioterapia, teóricamente, después de cuatro semanas de suspendido el tratamiento de quimioterapia, es posible relactar.

2.3 Insuficiente producción láctea (hipogalactia)

El desconocimiento de las técnicas de amamantamiento puede influir con la duración de la LM, causando ansiedad en la madre que tiende a ofrecer otros alimentos al niño bajo la creencia errónea de que no tiene leche suficiente.

Actualmente, en nuestra sociedad, casi cualquier fenómeno será interpretado como prueba de falta de leche³⁸. La llamada "falsa hipogalactia" es un problema social derivado principalmente de la pérdida de la cultura del amamantamiento³⁷. la inseguridad sobre la propia capacidad para producir leche, el miedo a que el bebé se quede con hambre y el llanto del bebé³⁹, propicia sustituir la leche materna por sucedáneos, peores para la salud, pero fácilmente medibles.

Cabe señalar, que el proceso fisiológico de la producción de LM, está en relación directa con la capacidad gástrica del bebé, así como del estímulo (oferta y demanda).

2.4 Causas físicas en el lactante que influyen en el abandono de la LME.

Como se ha venido mencionando, la alimentación al seno materno es beneficiosa para los bebés, especialmente para los niños prematuros y enfermos. Desafortunadamente por problemas de salud estos son separados de su madre en el mismo momento del parto, por lo tanto, se interrumpe el establecimiento del vínculo afectivo (madre-hijo) y por ende interfiere en el establecimiento de la lactancia materna.

En este apartado se desarrollan las patologías o situaciones neonatales más frecuentes que pueden influir de algún modo en el abandono de la lactancia, por mencionar algunas las cardiopatías o defectos cardiacos, los niños con anomalías estructurales cardíacas pueden ser amamantados, pero es importante mencionar que el esfuerzo que se requiere para el amamantamiento es mayor, por lo que el niño es incapaz de generar suficiente estímulo de succión al pecho. Bajo esta condición, la madre debe ser informada para el reconocimiento de síntomas de insuficiencia cardíaca en relación con la alimentación. El síndrome de Down, la hipotonía, junto con la macroglosia, hace más difícil conseguir un agarre correcto y unos mecanismos de succión adecuados para el bebé, por lo que se le considera una causa principal del abandono del seno materno.

Las complicaciones de la lactancia dependerán del tipo y del grado de la afección. Es imprescindible comprobar si el defecto impide el correcto sellado, y si es posible una succión y presión negativa eficaz. En muchas ocasiones el defecto del labio se puede sellar con el propio pecho y/o el dedo de la madre. Se debe transmitir a la madre que él bebé es capaz de conseguir la lactancia materna eficaz.

En los casos de fisura palatina, los obturadores del paladar, indicados por el equipo de atención de estas patologías, permiten establecer una barrera entre la boca y la cavidad nasal. El bebé con su lengua puede presionar el pezón contra la placa y conseguir una succión efectiva.

El recién nacido prematuro, tiene dificultad con la lactancia, debido al débil reflejo de succión durante los primeros días. En estos casos, puede ser necesaria la

suplementación durante las primeras 2-3 semanas de vida, por lo que se tienen que informar a la madre sobre la necesidad de extraer la leche para ayudar el inicio y mantenimiento de una producción suficiente y al mismo tiempo, utilizarla como suplemento mediante la técnica del vaso o cuchara, para no interferir con el adiestramiento del neonato en la succión al pecho y así evitar el abandono de ésta.

CAPÍTULO III. CAUSAS SOCIALES DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

En este capítulo se describen las razones sociales por las que las mujeres abandonan la LME, mismas que se clasifican en dos rubros, objetivas y subjetivas, es decir, en las objetivas se incluyen los factores estructurales y dentro de este se analizan los componentes como: la falta de infraestructura de lactarios y/o acceso a ellos, seguimiento deficiente de las políticas pro lactancia en las instituciones de salud y la falta de conocimiento de las madres sobre los beneficios que se obtienen al ofrecer el seno materno, así mismo, se describen los factores culturales que corresponden a las subjetivas, dándoles mayor énfasis, con el fin de comprender, cómo estas causas, asociadas con el cambio de modelo cultural, inciden en el fenómeno del abandono de la lactancia materna exclusiva.

3.1. Factores Estructurales

Infraestructura. Actualmente son miles de mujeres las que se incorporan día a día a la actividad económica fuera del hogar, muchas de estas son trabajadoras y no cuenta con el apoyo y facilidades en su empleo para dar pecho a sus hijos.

La falta de lactarios y guarderías en las instituciones de trabajo, constituyen un factor para el abandono de la práctica al seno materno, ya que la mayoría de madres se sienten obligadas a dejar la práctica por no contar con la facilidad de un espacio para la extracción de la leche.

En la actualidad resultan insuficientes las salas de lactancia disponibles en las instituciones para la extracción y almacenamiento de leche durante la jornada de trabajo.

El objetivo de contar con lactarios es favorecer la continuidad en el estímulo y producción de la LM, evitar suspensión por hipogalactia y para que las madres

continúen amamantando más allá de la reincorporación laboral, contar con un lugar cálido e higiénico donde puedan extraer y conservar la leche materna bajo normas y técnicas de seguridad, para luego transportarla al hogar y ofrecerla a sus hijas e hijos en aquellos momentos que no pueden estar juntos.

Cabe recalcar que en el artículo 19 de Promoción de entornos favorables para una alimentación saludable, contempla que, en los lugares de alta afluencia y circulación de personas, tales como centros comerciales, estaciones de transporte interurbano, aeropuertos y centros de trabajo, será obligatoria la existencia de espacios adecuados para la práctica de la lactancia materna, donde además se establezcan las condiciones y características de dichos espacios⁴⁰.

Políticas de salud. Resulta imprescindible la sensibilización social donde sean respetados los derechos de las mujeres que desean alimentar al seno materno a sus hijos durante la primera etapa de su vida⁴⁰.

En el siglo pasado, se produjeron acontecimientos que originaron cambios en la política de alimentación de los lactantes, como fueron: la industrialización y urbanización. El biberón se convirtió lamentablemente en sinónimo de modernidad y de mejor alimentación para el niño.

Cabe mencionar que dentro de las políticas nacionales en salud existen Normas Oficiales Mexicanas que revisten a la lactancia materna de un sustento científico y legal, comenzando con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde el artículo 123 contempla el otorgar tiempo para la lactancia a la madre trabajadora (dos períodos de media hora cada uno dentro de una jornada de 8 horas) y en conjunto con la Ley General de Salud en su capítulo 5, artículo 64, establece acciones de orientación y vigilancia que fomenten la lactancia materna.

Este marco incluye a tres de las Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud (NOM-SSA), regulaciones técnicas que contienen la información, requisitos, especificaciones, procedimientos y metodología que permiten a las distintas dependencias gubernamentales establecer parámetros evaluables para evitar riesgos.

A continuación, se hace mención, de las Normas con mayor relevancia y ámbito de competencia, cuando de lactancia materna se trata.

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, la cual fomenta el alojamiento conjunto y la lactancia materna inmediata, así como la promoción de la LME⁴¹.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Se recalca la importancia de la LM para la prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en niños menores de 6 meses de edad, así como mejores prácticas de ablactación a partir de los 4 a los 6 meses de edad⁴².
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SSA2-1999. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para dar orientación. Esta norma se recomienda la promoción de la LME durante los primeros 4 a 6 meses de vida. Se recomienda cuidar que el consumo de alimentos sea suficiente, ya que la práctica aumenta las demandas de energía y nutrimentos y se brinda orientación sobre las mejores prácticas formas para estimular la secreción de la leche⁴³.
- Ley federal del trabajo. Esta ley habla sobre la importancia de dar días de reposo a las madres que acaban de tener bebe para que lleven una lactancia exclusiva, además menciona sobre dar un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a su hijo o para efectuar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia⁴⁴.
- Ley para la protección, apoyo y promoción a la lactancia materna en el estado de México. Esta ley es de orden público, interés social, de aplicación obligatoria y observancia general en el estado de México. Con el objetivo de proteger, apoyar y promover la LM y las prácticas óptimas de la alimentación del lactante y el niño pequeño⁴⁵.

Sin embargo, pese a contar con un marco normativo los resultados no son tan favorecedores, como se plantean en los estudios revisados.

Factores asociados a los servicios de salud. El sistema sanitario es uno de los factores que han influido en la reducción de la tasa en la práctica de la LM.

La falta de conocimientos básicos de los profesionales de salud en relación a la lactancia materna exclusiva y complementaria, hace que formulen a las madres recomendaciones contrarias con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como por ejemplo la introducción de probaditas de alimentos a los 3 o 4 meses para que el niño se vaya acostumbrando a recibir alimentos y sea más fácil el proceso de ablactación¹⁴, el alta precoz hospitalaria, la falta de un adecuado seguimiento posparto, información errónea y falta de apoyo⁴⁶.

Así mismo, resulta lamentable la apatía o desinterés a la capacitación continua de los trabajadores de la salud, (en especial los médicos), acerca de temas relacionados a la lactancia materna. En las instituciones de salud, debido a la sobrecargada de trabajo, la opción más fácil y práctico para el personal de enfermería poner en manos de las madres un biberón, caso contrario, si la enfermera capacita a la madre sobre cómo practicar la lactancia materna, tendrá éxito y le garantiza al recién nacido, una alimentación a base de lactancia materna exclusiva. Otra situación resulta cuando en las salas de ginecobstetricia o maternidad se les regala a las madres muestras gratis de fórmulas lácteas o incluso de biberones, a través del propio personal de salud, tal como lo menciona Elisabet Helsing Y Felicity Savage.⁴⁷

Es importante mencionar que la declaración de INNOCENTI, elaborada y aprobada por los participantes en la reunión conjunta OMS/UNICEF de planificadores de política sobre “La OMS lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial, hizo un comunicado con metas operativas a todos los gobiernos en el año de 1995, para tener el conocimiento sobre las estrategias y garantizar el aumento de la LME, con el fin de proteger los derechos de la madre y del niño para gozar de este beneficio, estableciendo medios para su aplicación. A continuación, se describen algunos puntos como⁴⁸:

- Designar un coordinador nacional de lactancia materna de jerarquía apropiada y establecer comité nacional multisectorial de lactancia materna integrado por representantes de departamentos y estrategias del gobierno.
- Organizaciones no gubernamentales y organizaciones de profesionales de la salud, asegurado que cada instalación que otorgue servicios de maternidad practique completamente todos los “*Diez pasos para una lactancia Exitosa*” establecidos en la declaración conjunta OMS/UNICEF “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna: el papel especial de los servicios de maternidad”.

Desinformación de las madres sobre los beneficios de la Lactancia Materna.

La desinformación significa una barrera para que las madres no practiquen la lactancia materna exclusiva. Por ejemplo, el desconocimiento de todos los beneficios y la importancia de este proceso, que las mujeres más cercanas dentro de su contexto familiar no hayan amamantado y por lo tanto, no desarrollaron las habilidades que les permitan apoyar a sus hijas en el amamantamiento ⁴⁹, la hipogalactia «poca producción de leche» refleja en las madres vergüenza porque se les dificulta dar de comer al bebé en vía pública, ya que la sociedad otorga a los senos una connotación sexual al exhibir los pechos.⁵⁰

Otro aspecto importante es el desconocimiento sobre el valor nutricional de la LM, la diferencia de los nutrientes de la leche humana a la leche artificial es incomparable, en la (tabla 1) se observa un comparativo de los componentes de una leche a la otra.

Tabla 1. Diferencia de nutrientes entre leche humana y leche de vaca.

COMPOSICION DE LA LECHE HUMANA, EL CALOSTRO Y LA LECHE DE VACA			
	L. Humana madura	Calostro	L. de Vaca
Agua	88	87	88
Energía	70	58	69
Lactosa g/100 ml	7,3	5,3	4,8
Nitrógeno total mg/100 ml	171	360	550
Nitrógeno proteico mg/100 ml	129	313	512
Nitrógeno no prot. mg/100 ml	42	47	32
Proteínas totales g/100 ml	0,9	2,3	3,3
Caseína g/100 ml	0,25	---	2,73
Lactoalbúmina g/100 ml	0,26	0,16	0,11
B Lactoglobulina g/100 ml	0	0	0,36
Lactoferrina g/100 ml	0,17	0,33	Trazas
Lisozima g/100 ml	0,05	---	Trazas
IGA g/100 ml	0,14	0,36	0,003
Grasas totales g/100 ml	4,2	2,9	3,8
Acido linoleico % de la grasa	8,3%	6,8%	1,6%
Colesterol mg/100 ml	16	28	---
Calcio mg/100 ml	28	---	125
Fósforo mg/100 ml	15	---	96

Fuente: Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995.

Como se puede observar, los factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna son diversos, dependiendo del contexto sociocultural en que se desarrolla, lo que da pie a continuar con la alimentación artificial, ya que algunas madres, consideran que el uso de fórmulas y biberón es más elegante y un símbolo de estatus social.

Por lo tanto, estos fenómenos ponen en evidencia la necesidad de aportar información oportuna y adecuada a las madres acerca de los beneficios que tiene la alimentación al seno materno, tanto para el recién nacido como para ellas⁵¹.

3.2 Factores culturales

El amamantamiento es instintivo y aprendido por la madre y el niño. Los comportamientos culturales y las pautas de enseñanza como amamantar, son transmitidos principalmente vía materna⁴⁹. Los Aspectos culturales, de herencia, mitos y creencias, tienen una significación para los componentes del grupo familiar que desea comunicar y mantener como una tradición el amamantamiento.

De acuerdo con la literatura, se reconoce que los factores culturales son algunos de los condicionantes más importantes para el abandono de la LME, por tal motivo esta

investigación abordará con más énfasis dicha problemática.

Existe una variación de determinantes culturales que influyen para el descenso de la lactancia, a continuación, se describen:

La cultura. La lactancia ha perdido importancia por la escasa cultura sobre el amamantamiento, es decir, no se fomenta de una generación a otra, la falta de conocimientos sobre los beneficios, el desinterés y la falta de difusión, dificultan la promoción y fomento de esta práctica.

El proveer el seno materno a los bebés ha sido un problema recurrente y cada época y cultura han tenido sus propias condicionantes. En la actualidad juega un papel muy importante en la toma de decisión que asumen las madres sobre amamantar o no, debido a que se ven influenciadas por las creencias o mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven⁵².

Retrocediendo en la historia por mencionar un ejemplo, el contenido de Hammurabi contenía regulaciones sobre la práctica de la lactancia, así como durante los siglos XVIII el amamantamiento era realizado por las nodrizas, ya que las madres lactantes de esas épocas deseaban mantener su aspecto físico (belleza)⁵².

Por otro lado, existen culturas donde la lactancia se considera una práctica natural, por lo tanto, se piensa que las madres son buenas cuando le dan pecho a su bebé desde el nacimiento, mientras que otras madres no dan seno materno porque tienen otras ideas, ya que lo consideran como una carga, un esfuerzo máximo, otras madres tienen la creencia de que la LM es dolorosa, y que pueda ocasionar lesiones en la madre¹⁹. Y dichos aspectos influyen para que la madre decida abandonar la LME.

La alimentación al seno materno con frecuencia también declina, cuando las mujeres de zonas rurales emigran a zonas urbanas cambiando sus costumbres, donde las prácticas modernas pueden reemplazar las tradicionales o estar bajo la influencia de la urbanización, es aquí donde muchas mujeres pierden sus creencias y culturas dejándose llevar por lo moderno⁵³.

La liberación femenina e igualdad de género, obliga de manera voluntaria e involuntaria a redefinir el papel que se venía desempeñando y con ello se ve afectada una práctica común y como lo es la lactancia materna.

La estética. A partir del siglo primero de nuestra era⁴⁰ la nodriza adquiere un papel relevante, ya que las mujeres de posición económica alta no se debían desgastar amamantando a sus hijos, si no que podían contratar a alguien más para que se “desgastaran por ellas”. Lo que significa que desde siglos atrás este fenómeno ya se venía dando.

Hoy en día la estética junto con el tema de consumismo cobra fuerza, han hecho creer que las mujeres deben ser bonitas, jóvenes y con un cuerpo bien formado, priorizan un estereotipo de belleza física y este juega un papel importante en la decisión de ofrecer o no alimentación al seno materno, ya que muchas mujeres tienen la creencia de que esto les deteriora la apariencia de las mamas.

Percepción de la madre hacia él bebe. Frecuentemente se tiene por parte de las madres, la percepción de que su leche resulta insuficiente para alimentar a su bebé se le relacionan con la poca ganancia de peso, o bien de bajo peso de acuerdo con la edad o talla⁴⁷, también existe la creencia sobre la apariencia de la leche demasiado “delgada”, estas ideas hacen que las madres desistan con la alimentación al seno materno y se inclinen por formulas artificiales.

Afortunadamente la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla las curvas de crecimiento, que se transforman en una nueva referencia fundamental para conocer cómo deben crecer los niños y niñas (con lactancia materna) desde el primer año hasta los seis años de vida.

Género (Rol de la mujer trabajadora). Una de las principales razones del abandono del seno materno ha sido la integración de las mujeres al mercado laboral, lo que les impide estar cerca de su bebé para así poder alimentarlos con lactancia materna exclusiva.

Además, estas mujeres no cuentan con el apoyo y facilidad en su empleo, no existen lactarios en los lugares de trabajo, en otras situaciones se les niega el derecho de

amamantar por lo tanto se sienten obligadas a dejar la práctica de la lactancia.

El conflicto que existe entre maternidad y trabajo pone de manifiesto la importancia social de la lactancia materna. Las mujeres que dan el seno materno tienen derecho a trabajar y las mujeres que trabajan tienen derecho a dar pecho. La lactancia materna requiere una definición de trabajo que respete la crianza y la simbiosis madre criatura como hechos indispensables para el desarrollo y crecimiento del ser humano⁵¹.

Medios de comunicación masiva. Según la literatura, esta es la segunda causa del abandono del seno materno, la promoción (apoyada por los medios de comunicación masiva) juegan un papel importante en el deterioro de la prioridad de la lactancia materna exclusiva¹⁴. La difusión basada en la lactancia artificial, en la utilización de biberones y las leches industrializadas, sigue siendo una fuerza importante para que las madres abandonen precozmente la LME.

El contenido de la información que proporcionan es muy trivial, superficial, no ahondan realmente en el sentido de la lactancia y contribuyen para la promoción de los productos sucedáneos, hacen creer que éstos son más sabrosos, nutritivos o adecuados, con vitaminas y más hierro y por esto la gente tiende a comprar y a consumir ese tipo de alimentos porque piensan que es mejor.

La publicidad de los medios de comunicación masivos y la dinámica del mercado llevan a una búsqueda constante de nuevas modas, nuevos estilos, nuevas sensaciones y experiencias. Los bienes materiales se consumen más como «comunicadores» que como meras utilidades; se los valora como significantes del gusto y el estilo de vida.

La Mercadotecnia. En la actualidad el medio de consumo sobre la industria de los sucedáneos ha influido en la disminución de las prácticas de lactancia materna, y esta se explica por el aumento en las ventas de fórmulas lácteas.

La industria de fórmulas para la alimentación infantil logró el aval del colegio de pediatría y los porcentajes de lactancia materna cayeron notablemente, no sólo en las naciones industrializadas sino también en los países del llamado “tercer mundo”

lo cual sin duda afectó la salud de los infantes.

Emily Martin ha considerado que “fue la denigración de los cuerpos de las mujeres lo que llevó a la extendida creencia de que un producto artificial formulado científicamente era mejor para los bebés que la leche materna, creían que la fórmula podía ser controlada, regulada y su seguridad garantizada, como no podían serlo los cuerpos de las mujeres”⁵⁴.

Para contrarrestar los efectos agresivos de la mercadotecnia existe el control de calidad de la secretaria de salud de los contenidos de las fórmulas que se menciona a continuación:

- ⇒ Reglamento de control sanitario de productos y servicios. Capítulo II sucedáneo de la leche materna o humana⁵⁵.

- ⇒ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-184-SSA1-2002, Productos y servicios. Leche, fórmula láctea y producto lácteo combinado⁵⁶. Especificaciones sanitarias. Esta Norma establece las especificaciones sanitarias que deben cumplir la leche, fórmula láctea y producto lácteo combinado. Con el reglamento de control sanitario de productos y servicios en conjunto con la NOM 184 se establecen en las instituciones de salud, para llevar un mejor control de calidad con los productos de lactancia artificial, para su manejo dentro de los hospitales.

Estas normas coadyuvan para un mejor control en el uso de las fórmulas lácteas junto con el código internacional de comercialización de sucedáneos, aunque desafortunadamente en muchas instituciones no se lleven a cabo.

Por todo lo anterior, resulta por demás importante conocer las razones socioculturales y actuar en consecuencia desde la enfermería. Cabe mencionar que existen estrategias institucionales con la finalidad de incrementar el índice de LME, sin embargo, pese a todos los esfuerzos, nuestro país sigue siendo uno de los más bajos al ejercer esta práctica según la ENSANUT 2012.

Esta investigación busca indagar a fondo sobre los factores que influyen en el

descenso de la práctica de la lactancia materna exclusiva y comprender si el cambio de modelo cultural es un factor que intervén en estas causas.

Por tal motivo, se propone utilizar la teoría “mutación cultural” del sociólogo Guy Bajoit, para comprender el fenómeno del abandono de la lactancia materna exclusiva, ya que es un tema trascendente que se debe concebir desde esta perspectiva.

CAPÍTULO IV. APROXIMACIÓN TEÓRICA PARA COMPRENDER LAS RAZONES DE LAS MUJERES EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ASOCIADAS AL MODELO CULTURAL.

4.1 Nuevo contexto sociocultural; posmodernidad.

El tema de la Lactancia Materna no puede estar separado, o no es ajeno, del contexto socio cultural en que se inserta. Por tal motivo es importante comprender este contexto para contar con elementos puntuales que posibiliten analizar lo que está pasando con la deserción de la LME.

Al abandono de la práctica al seno materno se le considera un problema de salud pública, por ende, la salud es un problema social y contentivo, de una dimensión cultural, por tanto, las acciones en torno a ella deben ser socioculturales.

Interpretarla en el ámbito sociocultural requiere de su análisis desde una perspectiva sociológica, que nos aproxime a su comprensión como proceso particular y que forma parte del proceso general de la socialización del individuo, originado en el entramado social.

Dentro del contexto sociocultural, ha ocurrido un severo cambio en la sociedad. Diferentes Sociólogos confirman que se ha producido un cambio en las últimas décadas y tratan de explicar lo que está ocurriendo hoy en día, cómo surgió el cambio de una sociedad moderna a la posmoderna y cómo se ha transformado en los últimos años.

Este entorno de cambio comienza aproximadamente 30 o 40 años atrás. Hay autores que sitúan los límites de manera diferente, algunos lo ponen más lejos, otros lo ponen más cerca pero más allá de cuando empezó. Lo que es cierto es que hay un nuevo cambio de modelo cultural.

Existen autores que le dan nombre a la “posmodernidad” de diferentes maneras, por mencionar algunos, el sociólogo Zygmunt Bauman le llama modernidad líquida,⁵⁷ Guy Bajoit le da nombre de segunda modernidad o mutación cultural ⁵⁸, para fines de esta investigación a fin de comprender la relación de la LME y el

cambio de modelo cultural, se nombrará el paso de la modernidad a la posmodernidad.

El cambio cultural se caracteriza por:

- Pérdida de la capacidad benefactora y asistencial de los estados.
- Reestructuración del rol del estado: de benefactor a actor que coadyuva la globalización.
- Desequilibrio entre los espacios de poder económico (global) y político (local).
- Políticas sociales insuficientes y desarticuladas.
- Cambios en los mecanismos de autoridad y poder.
- Crisis de valores.
- Pluralidad de lenguajes, nuevos discursos valorativos.
- Secularización del progreso (pérdida del sentido del destino y del futuro).
- Cambio de las coordenadas espacio-temporales.
- Ruptura del lazo social.
- Profundo individualismo.
- Ausencia de sentido en la búsqueda del bien común.
- Reconfiguración de las relaciones sociales.
- Aparición de nuevas formas de relación social.
- Aparición de nuevos fenómenos sociales que deben ser objeto de estudio.

De manera entonces que, debemos re significar la enfermería y la dimensión social de la salud a partir de estos cambios. Esto implica que hay que darle un nuevo significado a los abordajes teóricos y a los abordajes metodológicos desde la enfermería, para entender que es lo que está pasando.

En el siglo XX, la moderna sociedad occidental comenzó a generar, por su propia lógica de funcionamiento, un cóctel de deseos de consumos masivos. El gasto, antes reservado como un lujo accesible sólo a las clases altas, se difundió masivamente⁵⁹.

Para los sociólogos, explicar el cambio sociocultural siempre ha sido una tarea muy

compleja. Lógicamente, les resultó más importante comprender primero cómo las sociedades se reproducen (sus principios de orden) para después intentar explicar cómo cambian y podemos constatar que, efectivamente, sus concepciones del cambio derivan de sus concepciones del orden.

4.2 Guy Bajoit. Biografía.

Guy Bajoit (1937) es Doctor en Sociología del Instituto de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Católica de Lovaina, es actualmente profesor emérito de la Unidad de Antropología y Sociología de la FOPES (Facultad abierta de política económica y social), y del Instituto de Estudios del Desarrollo de la Universidad Católica de Lovaina.

La teoría de Bajoit suele entenderse por separado, es decir, en dos periodos distintos la primera es la mutación cultural, donde trata de explicar que está ocurriendo en dicho proceso de cambio, cuyo efecto incluye en todas las esferas de la vida, es decir, se está pasando a un nuevo modelo llamado posmoderno, basado en diferentes lógicas que le llama posmoderno y se basa en diferentes lógicas. Bajoit estudia a los individuos durante el proceso de cambio de modelo, para entender que pasa socialmente, cuáles son las regularidades de las personas y como gestionan esas contradicciones, dando origen a la teoría de Gestión relacional de sí. Por lo que al momento de tener resultados de dicha investigación se hará un cruce de como las mujeres gestionan y en qué posición de modelo cultural se encuentran de acuerdo con las características que presenten tanto ellas como su entorno familiar.

4.3 La mutación cultural: Guy Bajoit. Concepto posmodernidad

Como se mencionó al inicio de este capítulo, se describirán dos de las teorías del Sociólogo Guy Bajoit "*mutación cultural*"⁶⁰ y "*Teoría de Gestión relacional de sí*"⁶¹ en las cuales desarrollan el concepto de posmodernidad.

Primero se interpretará la teoría "mutación cultural". Bajoit menciona que por mutación es necesario entender algo que va más allá de una crisis, de una reforma, de una evolución; se trata de pasar de un sistema social a otro cualitativamente diferente⁵⁸. Es decir, es el conjunto de relaciones por las que nuestras sociedades regulan los grandes problemas vitales de la vida colectiva, lo que es alcanzado por esta mutación.

Bajoit estudia la relación entre individuo, alienación y libertad, en un contexto de mutación cultural que produce la nueva subjetividad del individuo contemporáneo, a partir del modelo gran ISA (individuo, sujeto, actor)⁶².

A demás trata de explicar dentro del campo de las relaciones de socialización y de integración, cómo la sociedad actual pasó de una sociedad fundada sobre los principios del deber y de disciplina, a otra fundada sobre el derecho de los individuos a la autonomía y a la autorrealización personal, a lo que se lo nombra posmodernidad.⁶³ Por tal motivo, cuando se afirma que se vive una época de mutación cultural, significa que los principios últimos de sentido dejan de serlo, dejan de ser evidentes y comienzan a ser cuestionados, pierden poco a poco su credibilidad y tienen que rendir cuentas a algo más importante que ellos⁶⁴.

Bajoit en su teoría subraya que estamos viviendo la revolución de las comunicaciones, es decir, el verdadero cambio revolucionario al que asistimos como humanidad, se refiere a la relación con la revolución de las informaciones, es decir, con transformaciones revolucionarias en las comunicaciones, en la información y en la tecnología al servicio de la transmisión de mensajes⁶⁵.

En particular Bajoit y Transen plantean que: "Desde hace 20 o 30 años, una mutación cultural está en curso"⁶³, es decir, estamos viviendo el paso "de un modelo cultural basado en la razón social, a otro fundado sobre la autorrealización autónoma"⁶⁴, y más aún, "la reducción de la credibilidad, que afecta al modelo de la razón social y el aumento de la credibilidad, vinculado al modelo de la autorrealización autónoma, cuyo resultado, serían al final un proceso irreversible en la medida en que este fuera alentado por todos, incluso por aquellos que aparentemente se esfuerzan por resistirlo".

A partir de lo anterior, Bajoit et. al., plantean "que se está pasando de un modelo cultural moderno basado en la razón social (es legítimo aquello que es útil a la colectividad, es decir, contribuye a su progreso y obedece a su razón) a otro, llamado posmoderno, fundado en la autorrealización autónoma (es legítimo aquello que el individuo juzga bueno para su desarrollo personal); en la medida que eso no impide a nadie hacer lo mismo". Por lo tanto, debido a estos cambios de modelos culturales surgen las identidades y las tensiones por el cruce de estas sobre las personas.

A continuación, se desarrollan detalladamente en la segunda teoría utilizada para esta investigación.

4.4 La gestión relacional de sí: Guy Bajoit

Teoría de la gestión relacional de sí, es la segunda teoría Guy Bajoit que se utilizará para la investigación, donde explica como surgen las identidades en las personas y como al tener un cruce entre ellas surgen las tensiones identitarias, es decir, debido a esto las personas pueden adaptarse a un modelo, unas personas pueden estar en el modelo moderno, otras en el posmoderno y otras en medio de los dos, dicho panorama, da origen a las tensiones identitarias, porque al final se ajustan al modelo que la sociedad les indica.

Guy Bajoit define Gestión Relacional de sí, como el trabajo del sujeto por el cual el individuo incesantemente actualiza su capacidad para manejar las tensiones existenciales que le causen la vida en sociedad, trabajo inacabado del cual el individuo trata de conciliar las tres esferas de su identidad⁶¹.

Realiza una aproximación de acuerdo con sus tres esferas de identidad, concibiendo la identidad del individuo constituida por tres esferas articuladas entre sí: la identidad deseada (ID), la identidad asignada (IA) y la identidad comprometida (IC). Cabe mencionar que para fines de la investigación solo se utilizaran dos identidades; la *identidad deseada* y la *identidad asignada*⁶¹.

Para comprender mejor estas identidades se tiene que la Identidad deseada (ID) es la que contiene todo lo que el individuo, consciente o inconscientemente “siente” en sí mismo, deseos de ser o de hacer, todo lo que le impulsa hacia sus preferencias, sus gustos y sus inclinaciones.

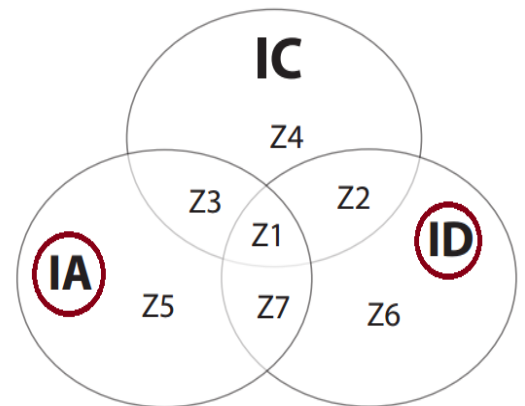
La segunda es la identidad asignada (IA), esta identidad es la que contiene todo lo que la persona percibe, explícita o confusamente, experiencia de los demás con respecto a sí mismo; es lo que ella cree que su medio social espera de ella y que ha interiorizado en su conciencia moral.

Bajoit especifica estas identidades en pocas palabras, deseos interiorizados (ID) y expectativa de los otros (IA), esto es todo lo que estructura la *identidad personal*.

En su teoría presenta un esquema de las tres esferas identitarias, junto con las zonas identitarias y el cruce de las tensiones. Cabe indicar que para fines de la investigación solo se utilizarán identidad deseada e identidad asignada como se marca en el esquema.

De acuerdo con las zonas identitarias estas esferas se recubren entre sí parcialmente, es decir, el individuo realiza siempre al menos una parte de lo que desea ser y hacer (IC e ID); y al realizarlo, satisface siempre más o menos lo que los demás esperan de él (IC e IA); y lo que desea para sí mismo nunca es enteramente incompatible con lo que los otros esperan de él (ID e IA). Sin embargo, es muy difícil que tales recubrimientos sean completos: lo que el individuo espera de sí mismo sólo coincide parcialmente con lo que los demás esperan de él y, por consiguiente, necesita siempre “traficar” entre los dos, hacer lo que pueda entre lo que quiere y lo que debe construir, una identidad comprometida que tampoco recubrirá nunca completamente a las otras dos⁶¹.

Es aquí donde surge el cruce de las identidades y aparecen las tensiones



Fuente: Bajoit G. *La tiranía del gran ISA. Cultura y representaciones sociales*. 2009; 3(6): 9-23.

identitarias. Cuando las esferas de identidad se separan las unas de las otras, como lo sugiere el esquema arriba presentado las zonas periféricas (de Z2 a Z7) de la identidad se “agrandan” y tienden a “aplastar”, a comprimir y a reducir el espacio del núcleo identitario central.

Esta reducción del recubrimiento entre las tres esferas engendra en el individuo una sensibilidad, un malestar y un sufrimiento psíquico y esto lleva por nombre “tensión identitaria”. Ésta proviene del hecho de que el individuo no logra conciliar más la satisfacción de todos sus deseos: debe afrontar opciones difíciles o imposibles, y asumir renuncias desgarradoras, afrontamientos penosos con los demás y amenazas que pesan sobre su integridad.⁶¹

Pareciera ser que existe un acuerdo entre los diferentes autores al constatar que el mundo está cambiando aceleradamente, que nos encontramos viviendo un cambio de época, caracterizado por un proceso de mutación cultural que cuestiona los puntos de referencia sobre los cuales, hasta ahora, se ha articulado la cultura occidental.

Lo que parece cierto, en todo caso, es que los parámetros que sirvieron de base para el desarrollo de las sociedades occidentales, durante el presente siglo están sufriendo transformaciones en sus núcleos constitutivos. Los cambios en el modo de acumulación, la revolución de las comunicaciones, el fracaso de los socialismos reales y la globalización de la economía están generando consecuencias culturales insospechadas.

4.5 Cambios de la modernidad a la posmodernidad dentro del ámbito de la enfermería.

Aunado a lo anterior, resulta importante conocer el proceso evolutivo de la enfermería, con la finalidad de comprender a las nuevas generaciones de profesionales y a partir de ello, generar conocimiento que coadyuve a revertir la disminución de la LME.

En el tiempo de la modernidad han surgido cambios dentro del ámbito de la

enfermería, cambios paradigmáticos que han influido en la construcción del proceso en el cuidado de enfermería y con esto delinear la profesión en cada uno de los momentos históricos que transformaron el modelo científico, construyendo y reconstruyendo el conocimiento, la forma de hacer ciencia y el modo de cuidar de la enfermería.

Un paradigma expresa un padrón que debe ser seguido en el campo social o científico⁶⁶, es decir, en una misma comunidad científica; los paradigmas expresan las creencias, los valores y las técnicas compartidas por un grupo de científicos que están influenciados por los factores culturales, políticos, económicos y sociales. En general, el término paradigma se refiere a la forma como percibimos y actuamos en el mundo.

En los paradigmas de la modernidad y la enfermería, el positivismo es un paradigma dominante de la ciencia moderna, tiene su raíz histórica en el Iluminismo (siglo XVIII), época marcada por la necesidad de unir conocimiento y razón. Pero sus bases fueron establecidas desde el Renacimiento (siglos XV y XVI), cuando ya se valoraba la observación y la experimentación como forma de investigación de la naturaleza⁶⁶.

Inicialmente, la Enfermería es identificada teniendo sus raíces en prácticas empíricas de mujeres que, utilizando su sentido común, cuidaban a los enfermos. Como profesión se constituyó a mediados del siglo XIX, fruto del trabajo de Florence Nightingale, precursora de la Enfermería Moderna o Científica.

Los paradigmas de la posmodernidad han propiciado un cambio debido a revoluciones científicas donde las crisis son generadas, acumuladas y profundizadas en respuesta a los problemas de aquel momento histórico. La transición vivenciada adviene inicialmente de cambios en las ciencias naturales, incitadas por la física, en el siglo XX, y de críticas impuestas a la ciencia tras la Segunda Guerra Mundial.

Otro cambio de contexto en la cultura moderna y posmoderna que constituye un desafío teórico, pero sobre todo práctico en las instituciones de salud es la ética del

cuidado enfermero. La tarea de cuidar al “otro” en situación vulnerable debe ser considerada en sí misma como un logro de la modernidad. El ejercicio de cuidar a un ser humano moderno es una actividad que exige la combinación de factores personales, profesionales, institucionales y sistémicos. Cuidar en la posmodernidad supone un cambio de paradigma intelectual y práctico respecto al modelo vigente. Es decir, cuidar de una persona implica cuidar de un sujeto único y singular en un contexto social determinado. El cuidar es un gran reto del tercer milenio que requiere de competencia técnica, profesional y también exige un profundo conocimiento de las dimensiones psicológica, social y espiritual de la persona⁶⁷.

La enfermería en el mundo occidental ha tenido una evolución desde una visión que se centra en aspectos biomédicos, hacia uno que combina estos aspectos como los sociales. Es por ello que hoy en día las corrientes filosóficas incluyen al positivismo, la teoría crítica, el feminismo, el constructivismo y el posmodernismo⁶⁶. De esta manera, el desarrollo de teorías de enfermería se ha abierto a la multiplicidad de paradigmas de conocimientos, como es el de las ciencias humanas y sociales.

En este proceso, sin embargo, la ciencia de enfermería está aún inmersa en la visión paradigmática de actividades empíricas, que conllevan principalmente a generar y verificar las teorías de enfermería⁶⁸.

Por ello, es importante comprender el cambio cultural desde la dimensión de la salud e identificar cómo dicho cambio afecta este ámbito en general y en particular al tema de la lactancia materna.

4.5.1 El cambio cultural y la lactancia materna exclusiva.

El tema de la lactancia materna es un tema que no hay que dejar fuera del contexto social, ya que va muy de la mano debido a todos los cambios que han surgido en las últimas décadas.

Cabe mencionar, que la leche del seno materno es el alimento ideal que tiene todos los nutrientes necesarios para el recién nacido durante los primeros seis meses de

vida y ésta los protege hasta los dos años de edad. Desafortunadamente, en los últimos años este proceso natural ha perdido importancia debido a la globalización, fenómeno que se inmiscuye en muchos y diferentes ámbitos.

Para todas las empresas transnacionales la lactancia materna no es rentable y, por ende, impulsan el consumo de los sucedáneos, los cuales acarrearán consecuencias graves en la salud del infante durante su desarrollo⁵.

Por lo tanto, la comercialización y el poder empresarial de productos lácteos artificiales influye en las madres lactantes, dominan a las representaciones sociales, hacen que las madres creen que los medios de comunicación dicen la verdad, por ejemplo, que las fórmulas lácteas tienen mejores nutrientes que la leche natural, que las mujeres de hoy en día tienen que ser de un cuerpo escultural, etc.

En este sentido, la imagen de la mujer ideal impuesta por los medios de comunicación ha sido de gran impacto, porque muchas de ellas, no en su totalidad, se sienten inseguras e insatisfechas con su cuerpo.

Por otro lado, la dominación del comercio y el nuevo orden económico están forzando a la sociedad, específicamente a las mujeres, a adaptarse a ese nuevo orden o estar sujetas a la comercialización de nuevos productos como los biberones y productos lácteos en polvo, llamándosele “moda”.

El fenómeno de la globalización ahoga a la sociedad en el consumismo, ante tal bombardeo de productos suelen aparecer interrogantes respecto de que es lo mejor para los recién nacidos; los mensajes subliminales están por doquier al punto de que llegan a calar en el inconsciente y orillan a actuar de acuerdo con el mensaje que transmiten. Cabe mencionar que ningún producto artificial podrá reemplazar lo natural⁵.

De todas las herramientas que la mercadotecnia ha creado para influir en la conducta de las madres, para el abandono de la práctica al seno materno, la publicidad es la que más impacto ha tenido. El Estado pierde poco a poco su autonomía por la influencia de las empresas transnacionales. A cada gobierno le corresponde buscar las estrategias que promuevan y eleven los índices de la

lactancia.

El termino lactancia materna varía de acuerdo con la cultura, y el tiempo donde las personas se desarrollan. Al respecto, se dice que el amamantamiento suele estar biológicamente determinado, y socioculturalmente condicionado, tratándose por tanto de un acto impregnado de ideas, que resultan de las condiciones concretas de la vida, que pueden ser sociales, económicas, políticas, y culturales; transformándolo en un acto regulado por la sociedad. Por ello se considera que la práctica de la lactancia materna a pesar de ser un acto natural es una conducta que se aprende.

En síntesis, hoy en día la invitación al consumismo, promovida por el comercio de las empresas trasnacionales, repercute notablemente en la disminución de la práctica de la lactancia materna exclusiva y del ámbito familiar en el cual es ejecutada, situación que conlleva al aumento de los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil. Es importante mencionar que la globalización no solo afecta el proceso natural de la lactancia (omitir al seno) materna si no que trae consecuencias muy graves para el medio ambiente.

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA DE TRABAJO DE CAMPO

5.1 Tipo de estudio

El estudio es de tipo cualitativo ya que se pretende la explicación profunda y completa de datos descriptivos sobre la conducta humana⁶⁹.

La metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos, es decir, las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. La investigación cualitativa consiste en una descripción detallada de lo que los participantes expresan de acuerdo con sus experiencias, pensamientos, creencias, actitudes y reflexiones tal y como son expresadas por ellos mismos⁶⁹.

Por lo antes mencionado, este método es el idóneo para poder responder la pregunta y cumplir con los objetivos planteados, además explorar e interpretar la parte subjetiva de las madres, del por qué abandonan o no la lactancia materna exclusiva.

5.2 Diseño

El diseño de la investigación es exploratorio, descriptivo⁷⁰, exploratorio porque destina proporcionar una visión general, de aproximación, a un determinado hecho o contexto, mientras que el estudio descriptivo es destinado a la caracterización de un grupo (grupo de mujeres), actitudes, opiniones, además que la información se recolectará, se transcribirá y habrá un ordenamiento detalladamente.

Asimismo, se pretende explorar y describir el objeto de estudio, tal y como se presenta el significado y el contexto social donde se inserta, con el fin de hacerlo más explícito.

5.3 Contexto y lugar donde se realizará el estudio.

El planteamiento de la investigación cualitativa es más general, por lo tanto, se debe situar en un tiempo y lugar⁷¹. Por esta indagación se establece que el primer contacto del escenario de este estudio se realizó en la ciudad de México, en el área

de estimulación temprana, en un Centro de salud de la Delegación Coyoacán, Ciudad de México. Es importante mencionar que para la selección de las informantes que ofrecen y no LME, no fue tarea complicada, ya que se hizo un grupo de estimulación temprana con bebés de 1 mes hasta 1 año y medio.

En el segundo contacto, una vez ubicadas a las informantes, se realizaron visitas domiciliarias, correspondientes al área demográfica del centro de salud (ver anexo C).

5.4 Informantes.

Para esta investigación se seleccionaron de acuerdo con el típico ideal⁷¹, donde los participantes se determinaron por medio de características definidas con el objetivo de obtener las mejores respuestas: mujer en edad reproductiva de 15 a 44 años con bebés menores de 2 años, familiares o personas de su entorno cercano (este será indicado por la madre, si fuese el caso), y originarias de la Ciudad de México.

Para el número de participantes se determinó por muestreo intencional, hasta que se llegue a la saturación de información, empleada la estrategia del muestreo teórico⁷¹.

5.5 Técnica de recolección de la información.

Para esta investigación se emplearon la triangulación de técnicas: entrevista a profundidad, observación no participante y nota de campo.

El conjunto de técnicas favorecerá la calidad y profundidad del análisis, además permitirá mayor consistencia a los datos recolectados, ya que la debilidad de un método se compensará con la fuerza del otro⁷².

Taylor y Bogdan⁶⁹ conceptualizaron la entrevista a profundidad como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes (mujeres), dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, situaciones, tal y como lo expresan con sus propias palabras con el objetivo de profundizar y comprender el motivo del porque ofrecieron LME o lo contrario, porque

no la ofrecieron.

La entrevista en profundidad permitió al investigador contar con una guía al momento de estar frente al informante, además facilitó que la mujer produzca un discurso con sentido para ella misma.

La nota de campo no es más que un cuaderno de notas, en el que el investigador, día a día, va registrando lo que observa y que no es objeto de ninguna modalidad de la entrevista, con la finalidad de advertir sobre las diferenciaciones entre las hablas, comportamientos y relaciones.

La observación no participante tiene como objetivo la obtención de información por medio de los órganos de los sentidos del investigador, durante su permanencia en el lugar del evento, a fin de recabar los aspectos de la realidad⁷⁰.

También se utilizó una grabadora que aseguro el registro de la información.

5.6 Análisis de datos

El análisis de datos es un proceso dinámico y creativo en continuo progreso en la metodología cualitativa. El enfoque se orienta hacia el desarrollo de la comprensión en profundidad de las personas que se estudian, se fundamenta en los datos y se desarrolla a partir de ellos, mediante una inducción analítica⁶⁹.

Se prende recoger los datos de entrevistas hasta que permitan la saturación teórica del fenómeno⁶⁹.

El análisis de datos se realizó bajo el análisis de discurso, ya que el presente estudio será de enfoque descriptivo.

Se tiene la propuesta operativa de Souza Minayo⁷¹ quien propone tipos temáticos en tres etapas: la primera corresponde al ordenamiento de los datos, la segunda a la clasificación de los datos y la tercera al análisis final.

5.7 Aspectos éticos y legales.

Para la presente investigación se tomarán en cuenta diversos tratados internacionales como el código de Núremberg⁷³, la declaración de Helsinki, es necesario mencionar que este es un documento internacional, el más importante de regulación de la investigación en seres humanos desde el código de Núremberg de 1947⁷⁴ así mismo el informe de Belmont. El objetivo principal de utilizar estos, es proporcionar un marco analítico que dirija la resolución de problemas éticos originados por investigaciones que incluyan sujetos humanos⁷⁵.

Además, por ser una investigación con seres humanos se atenderán los principios éticos de confidencialidad y anonimato, considerando esta investigación de bajo riesgo como lo señala la Ley General de Salud en sus artículos 17,19, 20 y 21⁷⁶.

Para la **protección de la intimidad**, se les proporcionó un consentimiento informado, donde se explica el objetivo del estudio, además se explicará en que consiste su participación enfatizando que en el momento que ellas decidan detener la entrevista se le respetará su negativa (Anexo 4).

Para la protección de datos personales y la intimidad de las mujeres, se utilizarán seudónimos asignados por la investigadora.

5.8 Temporalización

El presente estudio se inició en el mes de febrero de 2016, con la búsqueda de antecedentes que me ayudó para la elaboración del planteamiento del problema y para la propuesta de un marco referencial y teórico.

La recogida de información se inició a partir de febrero finalizando en mayo del 2017, a partir de esto, en los meses de agosto a noviembre se continuó con el análisis e interpretación de los datos obtenidos de acuerdo con el material, así como la elaboración de la conclusión, discusión y aportaciones.

5.9 Rigor metodológico

Este trabajo busca la preservación de los criterios de la investigación cualitativa que son: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.

Credibilidad. Se logró cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolectó información que produce hallazgos reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Es decir, se refiere a que los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado⁷⁷.

Auditabilidad. También llamada confirmabilidad, que trata de la habilidad de otro investigador para seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador tiene en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares⁷⁷.

Finalmente, la **Transferibilidad** o aplicabilidad, se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Es decir, si se centra en las similitudes generales de los hallazgos bajo condiciones, contextos o circunstancias ambientales similares. Las similitudes con otras situaciones semejantes pueden contribuir a ampliar los usos del conocimiento ⁷⁷.

Reflexibilidad. Se entiende como la conciencia del investigador sobre su persona y los condicionamientos sociales y políticos. Por lo anterior, el interés por investigar este fenómeno surgió desde la experiencia durante la práctica en las instituciones de salud ya que mi formación es la Enfermería.

Durante la práctica me involucré con las mujeres que lactaban, además tuve la oportunidad de asesorar a mujeres de localidades con nivel socioeconómico bajo y

encontré mujeres que practicaban la lactancia materna, pero en el transcurso de los primeros meses la abandonaban, es por ello que surge la inquietud de hondar más en este tema desde una perspectiva cualitativa, para explorar y comprender dicho fenómeno.

CAPITULO VI: HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

El siguiente capítulo tiene la finalidad de comprender el contexto a través del discurso obtenido de las informantes. La información es presentada de acuerdo con las relaciones descubiertas durante el proceso de categorización, siguiendo el enfoque cualitativo. Nótese que a las participantes se les asignó un nombre especial para mantener su anonimato.

6.1 Presentación de informantes

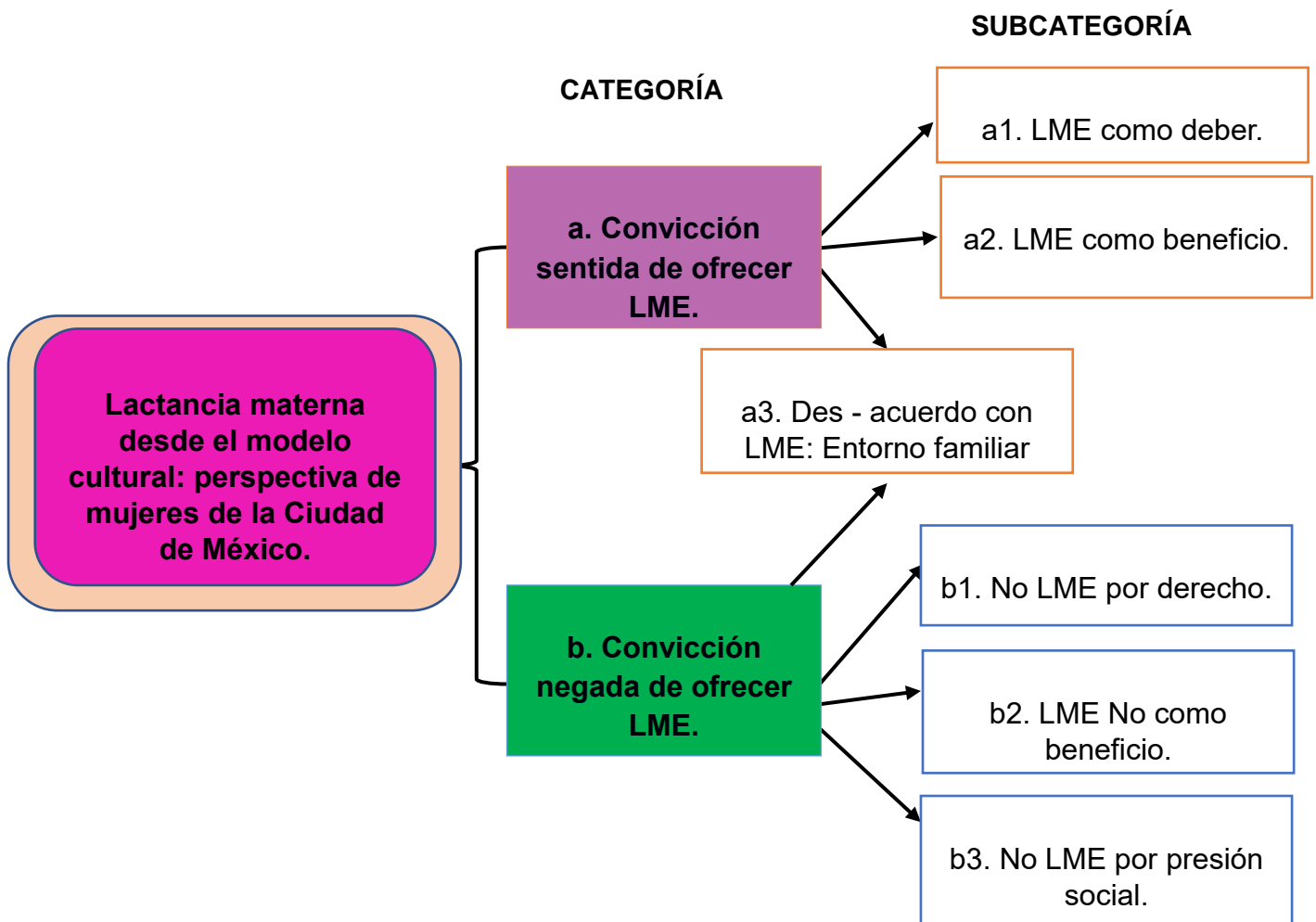
La edad promedio de las informantes es de 21 años oscilando entre 16 y 35 años, con un nivel de estudio desde la secundaria hasta licenciatura, mientras que el estado civil correspondió a 6 casos de unión libre, 4 casadas y 2 madres solteras. Finalmente, todas las informantes viven en la ciudad de México, es importante mencionar que las participantes fueron asistentes de un grupo de control prenatal en el centro de salud (ver tabla 1).

Tabla 1. Descripción de informantes

Seudónimo	Edad	Ocupación	Escolaridad	Residencia	Meses que ofreció LME	Modelo cultural de la mamá	Modelo cultural entorno
Participantes que ofrecieron LME							
Eurídice	18 años	Ama de casa	Secundaria	Ciudad de México	8 meses	MCM	MCM
Ana María	23 años	Ama de casa	Secundaria	Ciudad de México	10 mese	MCM	MCM
Itzel	27 años	Mesera	Secundaria	Ciudad de México	8 meses	MCM	MCM
Karina	26 años	Empleada de mostrador	Preparatoria	Ciudad de México	1 año 3 meses	MCM	MCP
Yesica	35 años	Maestra	Técnico	Ciudad de México	7 meses	MCM	MCP
Jazmín	16 años	Ama de casa	Preparatoria	Ciudad de México	1 año	MCM	MCP
Participantes que No ofrecieron LME							
Angélica	33 años	Contadora	Licenciatura	Ciudad de México	1 mes	MCP	MCP
Leslie	26 años	Abogada	Licenciatura	Ciudad de México	3 semanas	MCP	MCP
Samanta	21 años	Ama de casa	Secundaria	Ciudad de México	1 mes	MCP	MCM
Michel	19 años	secretaria	Preparatoria	Ciudad de México	2 meses	MCP	MCM
Ana	25 años	Ama de casa	Secundaria	Ciudad de México	1 mes y 15 días	MCP	MCM
Monse	22 años	Estudiante	Licenciatura	Ciudad de México	15 días	MCP	MCM

Posterior a la saturación de los datos⁶⁹, se realiza el análisis de la información utilizando la técnica de Souza Minayo⁷¹ mediante el cual la codificación permitió interpretar los datos y a partir de esto evidenciarlo en categorías. Cada una de las categorías se desglosan tres subcategorías que contienen los temas más relevantes e importantes encontrados en la descripción de los datos (ver figura 1).

Figura 1. Categoría y subcategorías

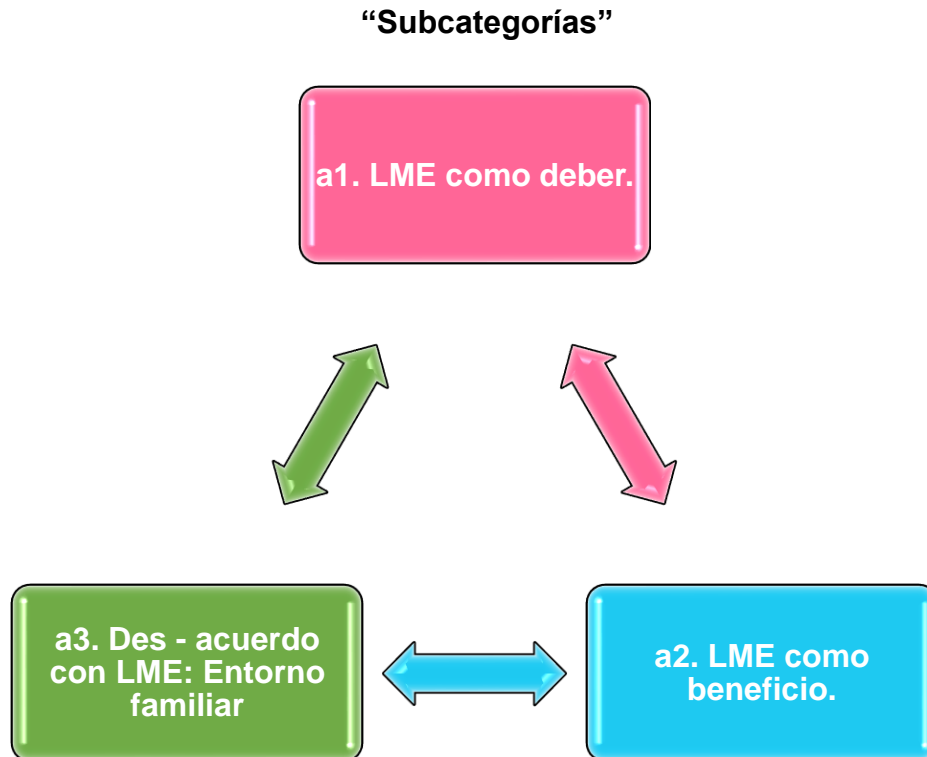


Categoría A. CONVICCIÓN SENTIDA DE OFRECER LME.

Para las mujeres tener una convicción sentida de ofrecer lactancia materna (LM) se refleja en acciones que tiene que ver con la triada de, es mi deber dar LM, LME como beneficio y des - acuerdo con LME: Entorno familiar (ver figura 2).

Con respecto a la última acción es importante mencionar que el entorno familiar juega un papel muy significativo dentro de la decisión de la madre, ya que este influye positiva y negativamente para que la mamá continúe o abandone la LM.

Figura 2. Categoría A. Convicción sentida de ofrecer LME.



Subcategoría a1. LME como deber.

Con respecto a la primera subcategoría se tiene que las madres lactantes atribuyen el deber como una responsabilidad de ofrecer lactancia materna, además de estar convencidas que es el mejor alimento que le pueden ofrecer dar a su bebé.

El deber es considerado como una obligación y cada una de las mujeres se compromete a cumplirlo, de tal manera que ofrece LME para el bien del hijo y para sí mismas.

Las razones que sostiene el deber son las culturales, mismas que se transmiten de generación en generación dentro del entorno familiar, se trata de aquellas costumbres y manifestaciones que cada familia considera valiosa y las mantiene para que sean aprendidas por las nuevas generaciones, como parte indispensable del legado cultural, esto indica que desde la abuelita, madres e hijas han brindado LM.

Para lograr una lactancia materna exitosa se requiere del apoyo familiar, es por esto que criar una generación lo más saludable posible no es sólo tarea de las madres, es una responsabilidad compartida.

De esta manera lo aluden las informantes;

[...] “yo tengo que darle pecho a mi hija porque es mi deber, es muy importante, ella es más sana si yo le sigo dando mi leche y siento que existe un apego entre ella y yo” [...] Eurídice

[...] “le doy pecho a mi bebé, porque pienso que es el mejor alimento que uno les puede ofrecer, y si no fuese por ese alimento natural no sobreviviríamos eso es lo que me motivo y es algo natural, además que como madre es nuestro deber dársela para que se desarrolle bien” [...]

Ana María

[...] “es responsabilidad, porque tú das vida, es una persona independiente de ti, tienes que darle lo que es necesario para tu bebé” [...] Karina

[...] “desde que tu bebé nace, ya es responsabilidad tuya como madre darle pecho y aún más si en tu casa, tu familia siempre ha dado” [...] Itzel

La lactancia materna ha estado presente como alimento esencial para el desarrollo del ser humano, desde nuestros antepasados a la actualidad, práctica transmitida cada año como obligación-responsabilidad por parte de la madre hacia al hijo.

[...] “Yo había visto y escuchado que era darles seno a los bebés y me parece bueno porque de todas maneras es una cosa que le toca a uno como madre hacer, es tu obligación” [...] Jazmín

Según planteamientos encontrados en la literatura, la lactancia materna es la forma más adecuada y natural de proporcionar aporte nutricional, inmunológico y emocional al bebé, ya que le aporta todos los nutrientes y anticuerpos que lo mantendrán sano, sin olvidar que le permitirá crear un fuerte lazo afectivo con la madre.

“La lactancia materna se considera un método de alimentación infantil sin costo y sano, al contener los minerales y nutrientes adecuados para los primeros seis meses de vida. Los beneficios de la lactancia materna sobre la salud infantil son amplios, destacando la importante participación que este tipo de alimentación ha tenido en la disminución de la mortalidad infantil”¹.

En relación con nuestros resultados, son similares al estudio realizado por Castilla V (2004)⁷⁸, en el Distrito Federal, quien encontró que las mujeres sienten la responsabilidad de ofrecer LME, ya que es concebida como parte del sistema de

cuidados esenciales durante los primeros meses de vida del bebé, y en esta investigación las madres consideran un deber dar pecho a sus hijos para que tengan un crecimiento y desarrollo saludable.

Así mismo, Afoakwah G et al. (2013)¹⁰ de la Universidad de Manchester, obtienen en su investigación como hallazgos principales, que las mujeres ofrecen LM porque lo consideran una decisión significativa en el momento de amamantar, además de promover la vinculación, protección e interacción entre madre-hijo, lo que es importante para las mujeres que amamantan.

Rachael L. et al (2015)¹¹ de acuerdo con su investigación revelaron que las mamás ofrecían pecho porque lo veían como una ilusión de cumplimiento, las mujeres adoptaron una buena imagen materna al amamantar inmediatamente, ajustándose a la obligación moral.

Ambos estudios coinciden con los resultados encontrados en esta investigación, ya que dichas madres ofrecen lactancia porque lo ven y sienten como un deber, responsabilidad u obligación moral, así mismo es una decisión que ellas toman al iniciar el amamantamiento, además de conocer los beneficios que tiene al ofrecer el seno materno.

Subcategoría a2. LME como beneficio.

En esta subcategoría, la lactancia materna (LM) es considerada como el mejor alimento que las madres pueden ofrecer al bebé, ya que ésta ofrece importantes beneficios que ningún otro alimento.

La alimentación al seno materno es la mejor forma y más saludable de nutrición para el recién nacido ya que esta regula su composición en función de sus necesidades, contiene los nutrientes más apropiados y necesarios en cada momento del desarrollo del niño. La composición de la leche materna se adapta en función de las necesidades del crecimiento, además se digiere con facilidad, contiene enzimas apropiadas que mejoran la digestión, facilitando el

establecimiento de una flora bacteriana bífida que protegerá el aparato digestivo del lactante incluso en su vida adulta, contiene endorfinas que producen relajación y sueño, hormonas y muchos otros componentes beneficiosos¹.

Los beneficios de la LM en la salud de la madre y el niño a corto y largo plazo son bien conocidos, además, se sabe que esta forma de alimentación está muy influenciada por factores del entorno social y familiar que rodea a la madre.

Varios autores han señalado que el éxito en el inicio y mantenimiento de la LM es un proceso multifactorial, en el que intervienen no solo variables relacionadas con los cuidados de salud sino también variables sociolaborales; nivel de apoyo social, condiciones laborales y determinadas características maternas, entre ellas la intención de lactar, nivel de confianza en la LM, el grado de adaptación al estilo de vida y de satisfacción y disfrute conseguido con la LM.

Entre los beneficios que las madres aluden, está el apego, el vínculo, sensación de satisfacción y observación que el bebé crece sano.

En relación con los beneficios mencionados previamente, las madres expresan lo siguiente,

[...] “existe un apego de madre hija, tenemos un vínculo emocional y eso es bueno, para que sea más sana, nuestra leche es lo mejor” [...] Ana María

[...] “Pienso que me alimento bien, mi niña tiene muchos beneficios con la lactancia materna, es el mejor alimento que le puedo dar” [...] Eurídice

[...] “la lactancia materna es lo mejor para el bebé, trae lo que es los calostros lo protegen para que tenga más defensas, siempre quería producir la leche para darle al niño” [...] Itzel

[...] “tiene muchos nutrientes para mi bebé y se alimenta

*mejor, siempre he creído que es el mejor alimento que le
puedo ofrecer” [...] Karina*

*[...] “la lactancia materna es lo mejor para el bebé, los
calostros lo protegen para que tenga más defensas y se
enferme menos” [...] Yesica*

Tal como se plantea en la enfermería, la lactancia materna exclusiva tiene beneficios para la madre y para el bebé, por tal motivo las mamás experimentan una sensación de satisfacción al alimentar a su hijo y reconocen que el ofrecer el pecho “es bueno”, generando un vínculo entre madre e hija.

Díaz J, et al. (2006)⁷⁹ reportaron en su investigación que los beneficios de la LM en las madres encuestadas son: el vínculo madre-hijo, que la leche materna proporciona protección, defensa y nutrición, así como ahorro económico. Por lo que coincidió con Díaz J, et al., ya que se obtuvieron hallazgos similares en esta investigación, las informantes aludieron a los beneficios de la LM como el apego, la protección y la nutrición, sin embargo, el ahorro económico no es considerado como beneficio para las madres de este estudio.

Del mismo modo Correa GM en el 2014⁸⁰ realizó un estudio en Bogotá, teniendo como principales resultados que las madres ofrecen LM porque promueve bebés sanos, inteligentes y seguros, la LM es el ser de madre, dichos resultados concuerdan con esta investigación desarrollada en la Ciudad de México ya que se relacionan con los beneficios que aporta a la salud del bebé cuando es amamantado.

Así mismo Fajardo⁸¹ (2010) en su investigación, reporta hallazgos similares a los autores anteriores así como de este trabajo, ya que las informantes mencionan que los beneficios de ofrecer LME es el mejor alimento para el bebé, y que existe un vínculo emocional.

Concordando con estudios previos, la mayoría de las madres consideran la lactancia como la mejor forma de alimentar a su bebé, la más sana, natural y placentera, lo que probablemente traduce los beneficios emocionales que representa para ellas y el efecto de las campañas de promoción de la LM. De acuerdo con esta subcategoría en nuestro estudio ninguna mujer señaló desventajas o inconvenientes de la lactancia artificial, que hubieran influido a la hora de elegir la lactancia materna para sus hijos, posiblemente porque las campañas de promoción de la LM tradicionalmente destacan sus “beneficios”.

En resumen, podríamos concluir que todas las madres son conscientes de la superioridad de la lactancia materna para la salud del bebé, perciben con más intensidad los beneficios a corto plazo, y tienen menos conocimiento y conciencia de los efectos positivos para la propia madre.

Subcategoría a3. Des - acuerdo con LME: Entorno familiar.

La LM es un fenómeno biocultural, se trata de un proceso biológico determinado por la cultura. Además, es el reflejo de normas, creencias y prácticas culturales diversas que reflejan las diferencias en el comportamiento de las familias en la crianza de sus hijos⁸².

Por un lado, existen familias que están en acuerdo para apoyar y continuar las practicas familiares que se han llevado de generación en generación sobre la lactancia materna, sin embargo, hay otras familias que al encontrarse en tiempos diferentes (familias modernas) no apoyan a la madre lactante para que continúe con una lactancia exitosa.

El apoyo familiar juega un papel importante en la decisión de la madre durante la etapa de la lactancia materna, ya que ellos influyen para que continúe o abandone esta práctica. El apoyo, especialmente el del marido durante esta etapa, hace que sea un proceso agradable para la madre, así mismo se establece un vínculo que

favorece a una lactancia exitosa, esto significa para las mujeres un estímulo positivo, dándoles seguridad y fuerza de voluntad para seguir adelante en el proceso del amamantamiento.

En base en aquellas familias que están de acuerdo, apoyan incondicionalmente a la madre y les dicen que la leche es lo mejor, las informantes refieren los siguientes discursos;

[...] “mi esposo es el que siempre ha estado al pendiente de mí y de mi bebé, es mi apoyo incondicional y más cuando inicie con la lactancia, investigamos todos los beneficios que tenía al darle pecho y él me decía, tú dale lechita, porque es lo mejor” [...] Karina

[...] “Él [marido] me decía, es que es bueno para ella [Anita, su bebé], porque el calostro tenía muchas vitaminas y es como la vacuna, entonces tenía que dársela” [...] Itzel

[...] “principalmente me ayudó mucho mi marido, me decía es que tienes que darle, sino se te va a ir la leche, es un gran apoyo para mí” [...] Ana María

[...] “mi mamá dice que es muy bueno que yo le de la leche al niño, para que él crezca más sano y tenga protección para que no se enferme, todos piensan lo mismo, porque cada vez que él toma yo voy produciendo más leche, pero si todos me apoyan” [...] Yesica

Así mismo los familiares aluden que el apoyo de ellos es un pilar importante para que la madre continúe con la lactancia materna y no entre en conflicto y desesperación con riesgo de abandonarla.

Las siguientes expresiones fueron;

[...] “Si, yo le dije que le diera lactancia materna porque es muy importante para su bebé, además que es el deber de madre alimentarlos con nuestra leche” [...] Mamá Yesica

[...] “siento que he hecho de todo para que tenga un buen amamantamiento, la apoyo y le ayudo con nuestro bebé para que no se desespere” [...] Marido de Karina

[...] “desde que tuvo a nuestro bebé, siempre he estado pendiente de ella, lo que menos quiero es que abandone la lactancia, no quiero que mi niña se enferme, por eso siempre la estoy impulsando y apoyando para que no entre en conflicto de querer dejarla” [...]

Marido de Ana María

Es indiscutible que la familia desempeña una función importante para ayudar a la madre a cumplir con uno de los roles más trascendentes como el amamantamiento, dicho rol debe ser aprendido y depende del entorno social, familiar y cultural que así suceda.

Sin embargo, así como existe apoyo por parte de la familia también puede no haberlo, este estudio arroja datos relevantes donde el mismo entorno influye para que la madre abandone la lactancia, lo que provoca inseguridad materna debido a que no recibe ningún tipo de apoyo o estímulo positivo por parte de la familia, generando desinterés.

Las madres mencionan que la familia hace comentarios negativos sobre la lactancia materna, promueven su abandono y fomentan la alimentación artificial.

Lo anterior, es evidenciado en los siguientes discursos;

[...] “mi mamá me dice que ya no le dé, que, porque estoy más delgada, que pobre niño le tengo que dar un alimento mejor, porque según mi leche ya no le alimenta, no le llena y no le sirve” [...]

Karina

[...] “me decía que ya no diera pura agua, que el niño no engordaba, porque mi bebé estaba chaparrito y se veía gordo, pero yo le sigo dando, me dice que mejor le compre fórmula, de hecho, mi mamá se la compra” [...] Yesica

[...]” mi esposo me decía que le diera leche en polvo, porqué la leche materna no le alimenta, que era pura agua.

Pero yo nunca le hice caso porque nunca le di leche de fórmula” [...]

Ana María

Al igual que las madres, los familiares expresan el porqué de sus sugerencias y comentarios negativos para que la mujer lactante abandone la LM.

Ellos mencionan;

[...] “pues yo le digo a mi hija que ya no le dé de su leche porque es pura agua, mejor que le dé fórmula, en la tele dicen que es muy buena y que trae muchos nutrientes” [...] Mamá K

[...] “pues yo prefiero comprarle fórmula a que ande ahí batallando dando pecho, pero pues ella necia que sigue dándole [ríe]” [...]

Esposo A

Los obstáculos, las dudas, la indecisión, la imposibilidad de creer o de elegir entre sus expectativas contradictorias y la obligación de decidir, aturde a la madre que desea seguir amamantando y su familia no apoya esta decisión.

Como lo aluden los siguientes discursos:

[...] “hubo momentos en que yo entré en conflicto ya que no sabía si hacerle caso a mi mamá, que era la que más me insistió en que ya no le diera leche a mi niño, o seguir dándole, pero al final yo le di y le doy” [...] Karina

[...] “Yo tenía muchos problemas con mi esposo, porque cuando me iba a trabajar él le compraba la fórmula y se la daba a mi bebé y eso me molestaba mucho porque yo no quería darle leche en polvo, pero al final él ganó (esposo)” [...] Ana María

[...] “mi mamá me decía que le diera solo hasta los 6 meses y que ya se la quitara, ahorita mi bebé ya tiene 8 meses y le sigo dando y aun me dice “ya quítasela, ya quítasela” ya dale fórmula” [...] Yesica

Como se ha venido mencionando, la disminución de la lactancia materna se ha asociado con multi-factores, uno de ellos es la falta de apoyo familiar, por lo que desde casa se omite el asesoramiento sobre la lactancia o el cuidado de los hijos, debido a que las personas no tienen la costumbre de expresar sus ideas de manera abierta. Por lo que se recomienda que la familia genere dicho apoyo y exista buena comunicación para que la lactancia se practique de manera exitosa.

En cuanto Gail C y Krell J. (2014)⁸³ en Michigan, reportaron en su investigación que entre las mujeres encuestadas la familia ocupó el segundo lugar al ejercer influencia en su decisión de dar el pecho, lo que corrobora que, como bien ha sido señalado por otros autores, la lactancia no es un tema sólo de las madres, sino que es un tema de familia.

En relación con los resultados del estudio de Aguilar et al., (2007)⁸⁴ mencionan que es conveniente que se 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, ya que se incrementa la duración de la LME si la actitud del padre es positiva. Mismo hallazgo que coinciden con los primeros discursos de la tercera subcategoría, ya que se observó notoriamente que el apoyo de la pareja es primordial para que la madre continúe con la LME.

En el estudio realizado por Nakano AMS et al., (2007)⁸⁵ reportaron como hallazgo importante, las acciones de apoyo ofrecidas por el compañero, resultado que concuerda con mi investigación, se ha de notar que este hallazgo fue considerado por las participantes como un importante elemento del soporte para el amamantamiento, y esas acciones apuntan para la transformación del ejercicio de la paternidad al compartir el cuidado del hijo.

Algo semejante ocurre en las revisiones sistemáticas de Jiménez Sesma et al.⁸⁶ y Schanler⁸⁷, enfatizan que el apoyo de la familia y la información por parte del personal sanitario en etapas tempranas del embarazo es muy importante para influir en la decisión y en la motivación hacia la LM.

De manera que los estudios presentados anteriormente coinciden con la subcategoría encontrada en esta investigación, por lo que resulta importante el apoyo de la pareja y de la familia para asegurar la continuación de la lactancia materna exitosa.

Sin embargo, en la tesis realizada por Fajardo Ariza D. (2010)⁸¹ en Bogotá, reportó hallazgos similares respecto a la falta de apoyo familiar, ya que este también es un factor para que la madre suspenda la práctica de la lactancia materna.

Por otra parte, dichos hallazgos coinciden con lo que plantea el sociólogo Guy Bajoit en su teoría mutación cultural (2007)⁷⁴ ya que menciona que dentro del MCM se encuentran las personas que poseen las mismas costumbres, idealismo, creencias y pensamientos, de modo que estas mujeres tienen el apoyo de su entorno (esposo, familia, amigo), no existen contradicciones entre su entorno, debido a que ambos sentidos se insertan en el mismo modelo cultural.

Según Bajoit⁶¹ este tipo de mujeres se sienten autorrealizadas por ofrecer LME sin tener ninguna contradicción por parte de dicho entorno, las madres se sienten que disfrutan, a la vez de la realización de sus deseos por la aprobación de los demás y, por consiguiente, están satisfechas de lo que son y de lo que hacen.

Así mismo su identidad es deseada, esto es, ellas están conscientes de ofrecer LME, todo les impulsa hacia sus preferencias y sus gustos. Tal identidad busca sin límite cierta cantidad y calidad de satisfacción, estas mujeres se sienten en un lugar de reposo, de paz y de integración, como se ha venido mencionando tanto en su identidad como la de su entorno familiar.

En ellas no existe ningún obstáculo para lograr una lactancia exitosa, ni las causas estructurales, físicas, ni sociales influyen en este tipo de mujeres para abandonar la LME.

De acuerdo a la teoría identitaria del mismo autor, estas mujeres se consideran dentro de los tipos 1, 2 y 3 de acuerdo con sus características (ver figura 4), es decir, son todas aquellas que aun estando en una nueva época de la vida, continúan con las costumbres de sus madres, abuelas etc., con la finalidad de seguir practicando la LME porque conocen los beneficios que tiene y como bien se menciona anteriormente, estas mujeres por convicción propia ofrecen lactancia materna y continúan con ella exitosamente ya que la consideran un deber y cuentan con el apoyo de su entorno, ambos tienen las mismas creencias y costumbres respecto al tema de LME.

Categoría B. CONVICCIÓN NEGADA DE OFRECER LME.

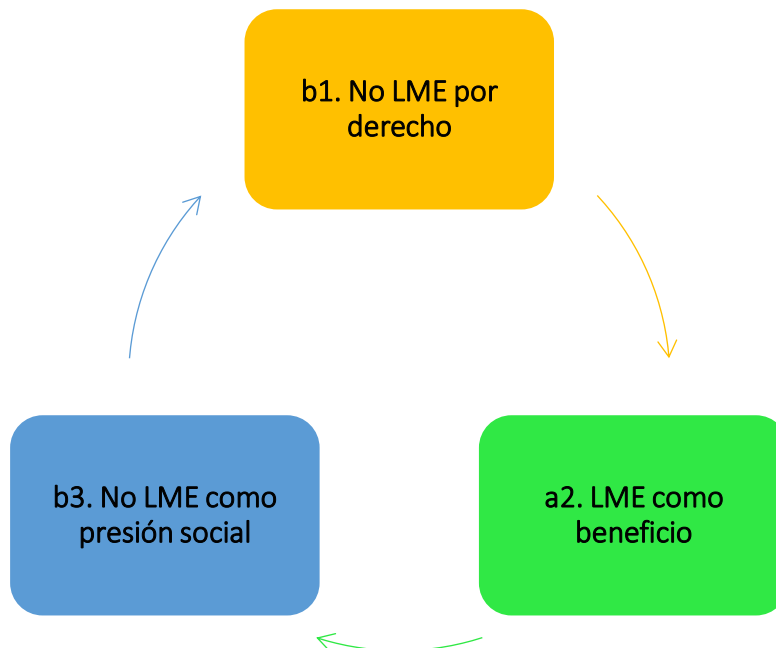
Para las mujeres tener una convicción negativa sobre el tema de la LME implica una serie de causalidades mismas que la orillan abandonar esta práctica.

Existen obstáculos comunes para el abandono precoz de la LME, las presiones en el lugar de trabajo o sociales, la mercadotecnia, la importancia de la apariencia física, la falta de asesoramiento por parte del personal de salud y un factor importante que se encontró durante las entrevistas, es la convicción negativa de la madre por asumir esta práctica.

Dentro de esta categoría emergen 3 subcategorías que sustentan las convicciones de la madre para abandonar la LME (Ver figura 3).

Figura 3. Categoría B. Convicción negada de ofrecer LME

“Subcategorías”



Subcategoría b1. No LME por derecho.

Las madres lactantes entienden el término *mi derecho*, como una palabra donde ellas refieren sentirse libres de decidir si desean o no ofrecer seno materno sin que la sociedad las juzgue por esta decisión.

El derecho es caracterizado por la posición de una persona, es decir, las mujeres tienen una visión diferente sobre el tema de LM, y plantean una decisión negativa para no ejercerla, esto ocurre cuando la madre decide abandonar totalmente la crianza del bebé con su leche por considerarlo un derecho.

Según Bajoit plantea que el derecho de una persona se determina al estar comunicada, en conexión y en consumo con lo nuevo⁸⁸. Ya que hoy en día la mujer busca otras alternativas para sustituir la práctica de la lactancia.

De acuerdo con los hallazgos, las informantes mencionan que no ofrecen LME porque consideran que es su derecho no darla, además aluden que se sienten bien y no lo ven como un problema, sino todo lo contrario, observan que su bebé es más independiente.

Tales discursos sustentan lo antes dicho:

[...] “desde que me alivie pensé en no dar pecho, me dolían horrible lo senos, y pensé, si no quiero dar leche pues es mi derecho no darla y si mi familia me apoya y mi bebé está bien pues no le doy, si hay leche en polvo porque voy a sufrir (ríe)” [...] Angélica

[...] “Considero que es nuestro derecho de querer dar o no, sin tener críticas de la sociedad y que no te obliguen, porque al final ni disfrutas darle pecho a tú bebé” [...] Leslie

[...] “pues a mí no me causó ningún problema no haberle dado pecho a mi bebé, creo que es derecho de las mujeres al querer no dar, yo me siento bien y a mi bebé también lo veo bien, además ya estamos en otros tiempos (ríe)” [...] Michelle

[...] “yo veo que mi bebé es más independiente de mi” [...] Samanta

En dichas expresiones se puede observar que las madres dejan de amamantar a su bebé antes de que éste muestre señales de que está preparado para dejar de ser alimentado al seno materno, ya que ellas consideran un derecho y por consiguiente lo ven como algo normal.

Por otro lado, las informantes tienen la percepción de contar con el apoyo de su familia al tomar esta decisión.

Ellas expresan;

[...] “mi familia siempre estuvo de acuerdo conmigo al que yo no le diera pecho a mi bebé, quizá porque mi mamá nunca dio pecho, ni a mis hermanos ni a mí, entonces por eso ella le da igual [ríe]” [...]

Angelica

[...] “desde que me empezó a dolor los senos, decidí no lactar, y ahorita me siento bien, mi esposo y mamá que son los más allegados apoyaron mi decisión, no me dijeron nada” [...] Leslie

Con respecto a una investigación citada en la Guía de Lactancia Materna (2011)⁸⁹ menciona que cuando la madre lleva a cabo el destete al considerarlo un derecho, percibe mayor aceptación por la sociedad, además una vez que el bebé / lactante, ya no es amamantado, la madre siente que es capaz de dejarlo con otras personas, mismos resultados encontrados en esta subcategoría, ya que las madres mencionan que es su derecho no darla, y al no hacerlo, propician su independencia.

Muchas madres toman la decisión de no amamantar desde la etapa del embarazo, debido a que poseen diferentes idealismos, costumbres y cultura, esto refleja en ellas una actitud y percepción negativa hacia el tema de lactancia materna, restándole importancia al valor nutricional que tiene este alimento para el crecimiento y desarrollo del bebé y aún más si se tienen la percepción de que su familia las apoya.

Así mismo, la apariencia física juega un rol muy importante en la decisión de las mujeres para abandonar la LME. La televisión interfiere en gran medida, los medios de comunicación promueven estereotipos irreales, ser flaca, ser linda, ser alta, tener cuerpo voluptuoso, etcétera, son cosas de mucho interés para la gente y desafortunadamente todo esto influye en las mujeres lactantes.

Así mismo, la idea sobre el deterioro de las mamas al amamantar da pie al abandono precoz de la LM.

Los discursos siguientes sustentan lo antes dicho;

[...] “pues a mí no me causó ningún problema no haberle dado lactancia al niño, sin embargo, siento que mi obsesión de tener bien mis senos hizo que no siguiera con la lactancia,” [...] Angelica

[...] “la verdad, a mí me preocupaba mucho mi apariencia física (senos) (ríe), y también el trabajo no me ayudó en nada, por eso decidí no darle pecho a mi bebé” [...] Leslie

[...] “cuando inicié a darle leche a mi bebé sentí que me dejó flácidos los senos (ríe) y luego de repente me mordía y me dije ¡hasta aquí!, yo no quería tener mis senos guangos y aguados (ríe) y le empecé a dar biberón” [...] Yazmín

[...] “no me gustaba darle leche al niño y menos adelante de las personas, sabía que si le daba me iba a distraer, iba dejarme mucho, imagínate andar toda chorreada por la leche, ¡qué horror!, con estrías (ríe)”, mejor compré tetas (biberones) y le di [...]

Las mujeres entrevistadas señalan que esta es una de las razones que las llevó a renunciar al amamantamiento, algunas de ellas, sobre todo las más jóvenes, aluden que no amamantan a sus bebés para que sus pechos no se deformen.

Emily Martin ha considerado que “fue la denigración de los cuerpos de las mujeres

lo que llevó a la extendida creencia de que un producto artificial formulado científicamente era mejor para los bebés que la leche materna, creían que la fórmula podía ser controlada, regulada y su seguridad garantizada, como no podían serlo los cuerpos de las mujeres”¹⁰.

Con respecto a los discursos anteriores según Calvo Quirós C. (2009)⁵¹ sostiene en su investigación que muchas mujeres no brindan lactancia a sus hijos ya que tienen la creencia de que esto les deteriora la apariencia de las mamas, así como también a muchas les da vergüenza amamantar a sus hijos en público, mientras que otras pueden considerar que es más elegante la alimentación con el biberón y que este es un símbolo de estatus social. Hallazgos que coinciden en nuestra investigación donde la mujer piensa que al ofrecer LME se le caerán los senos, además de experimentar vergüenza al hacerlo en público, sin embargo, no consideraron que es importante el biberón como un estatus social, únicamente como apoyo para iniciar la lactancia artificial.

Así mismo, los resultados de la investigación de Aguayo J, et al.⁹⁰ coincide con los hallazgos de mi investigación, mencionan que las mujeres expresan desde un punto de vista estético que la maternidad deteriora el físico de las mamas y algunas de ellas convienen que el pecho es la parte del cuerpo más afectada, las referencias más comunes que surgen en los discursos se centran en que, debido a la los senos llenos de leche y a los cambios en las proporciones del pecho, aparecen estrías en la piel, flaccidez y laxitud.

Subcategoría b2. LME No como beneficio.

Las presiones agresivas del mercado condicionan la creencia respecto de la similitud entre la lactancia materna y la alimentación artificial. La publicidad resulta poderosa, especialmente en países en los que la economía de mercado ha dado la bienvenida a la publicidad sofisticada como un elemento esencial del mercado.

La industria de fórmulas para la alimentación infantil logró el aval del colegio de pediatría y los porcentajes de lactancia materna cayeron notablemente, no sólo en las naciones industrializadas sino también en los países del llamado “tercer mundo” lo cual sin duda afectó la salud de los infantes, incrementando su morbimortalidad.

En la actualidad, el fortalecimiento en la industria de los sucedáneos se encuentra supeditado con el incremento vertiginoso en el consumo y altas ventas registradas, lo que impacta directamente en la disminución de las prácticas de lactancia materna.

Es por esto, por lo que ha influido de manera negativa que las madres dejen de lado la alimentación del seno materno, considerando que las fórmulas u otros productos comerciales sean mejor que la leche humana.

Esto se evidencia con los siguientes discursos:

[...] “yo le doy fórmula, porque mi leche no era buena, era pura agua,” [...] Michelle

[...] “yo no quise darle porque se me hace más fácil preparar la formula, es más rápida, además en la tele dicen que son buenas y trae buenos nutrientes para mi bebé” [...] Ana

[...] “Yo no digo que la leche de uno sea mala, pero creo que la leche en polvo es buena porque trae muchas vitaminas, sino no la vendieran [ríe]” [...] Monse

[...] “le empecé a dar fórmula porque mi leche era pura agua, me salía transparente y dije no, mejor le doy leche en polvo que acabo también trae nutrientes” [...] Samanta

[...] “habiendo tantas opciones para no dar, ahí está la leche en polvo, yo siempre le di a mi bebé, desde que nació” [...] Leslie

En un estudio realizado en la Habana por Coronado M, et al.⁹¹ encontraron hallazgos similares a los nuestros, ya que la decisión de interrumpir la LM fue de la propia madre la mayoría de las veces, así como la publicidad desmedida de alimentos infantiles, donde predominó la lactancia artificial como forma de alimentación en el primer semestre de la vida en los niños estudiados, por lo que fue una causa principal del abandono precoz de la lactancia

Los hallazgos presentados en esta investigación coinciden con los resultados encontrados por las investigadoras Forero Y, et al.⁹², en Bogotá, ya que mencionan que las mujeres abandonaron la LME por la introducción de alimentos líquidos, sólidos y leche artificial antes de los seis meses de vida de sus hijos y otras abandonaron la lactancia antes de lo indicado, por lo que se observa que la mayoría de las madres reportaron el consumo de productos industrializados, de igual manera que las mujeres de México.

Subcategoría b3. No LME como presión social.

El número de madres que inician la LME han sufrido fluctuaciones debido a la falta de uniformidad sobre la información recibida por los profesionales sanitarios, la incorporación al mercado laboral, así como el no contar con el apoyo de la familia, ha llevado a la mujer a un fracaso en la continuidad de la lactancia.

Algunos autores sugieren que el contacto con el personal de salud durante el control prenatal y posparto está asociado con la duración y frecuencia de la LM, esto sin importar si el servicio es público o privado⁵¹.

Las prácticas de atención de la salud como las estrategias e implementación de los 10 pasos para una lactancia exitosa e inclusive las NOM, pueden tener un efecto muy grande sobre la lactancia materna. Las prácticas inadecuadas interfieren con la lactancia materna y contribuyen a difundir la alimentación artificial.

Existen algunos casos en los que el mismo personal sanitario, es el que recomienda a las madres amamantar con fórmula por diversas situaciones, e incluso la falta de asesoría por parte de enfermería es un aspecto negativo que contribuye para que las madres decidan abandonar la LM.

Lo antes descrito se sustenta con los siguientes discursos;

[...] “no me explicaron [enfermeras] como debe de ponerse al bebé, porque me la puse mal. La enfermera me dijo que me pegara a mi bebé, solo me dijo "péguesela y ella va a tomar" pero no me dijo como debía de acomodarla, no me dijo nada, yo la agarre (bebé) y me la puse, y pues nadie me explico” [...] Ana

[...] “solo una vez me toco, mientras esperaba mi consulta me orientaron, pero poco, asi como diciendo ¿porque le quieres dar leche materna a tu bebé? asi preguntas muy ligeras, pero asesorías, platicas como tal no me dieron, ni enfermería ni el médico” [...]

Angélica

[...] “el doctor me dijo que no diera porque mi leche era muy delgada y me receto fórmula” [...] Monse

[...] “...nunca tuve asesorías entonces no sabía cómo ponerme a mi bebé” [...]Michelle

[...] “Yo iba al centro de salud a mi control prenatal, pero nadie me dio asesorías sobre lactancia materna” [...] Samanta

El sistema de salud juega un rol importante dado que supone es aquí donde se concientiza, orienta y educa a la madre sobre los beneficios de la lactancia sin embargo, en ocasiones y atribuido a la carga de trabajo, el personal de salud omite dicha capacitación, o bien, dicha información resulta deficiente, situación que propicia el nulo apego a la lactancia materna.

En nuestro país se han incluido estrategias para la promoción y el aumento de la LM. Sin embargo, estas no han sido suficientes y se ha demostrado que es imprescindible que las personas que participen en el cuidado de la madre y de su hijo sean capaces de transmitir la conveniencia de la lactancia natural, facilitar su inicio y su mantenimiento, así como ayudar a soslayar las frecuentes dificultades que surgen, asesorándoles de forma profesional.

Con respecto a Rius JM, et al., (2014)⁹³ en su estudio elaborado en España, dentro de sus resultados coincide con lo que se encontró en esta investigación, obteniendo que un factor que contribuye al abandono precoz de la LME es la falta de asesoramiento por parte del personal de salud, o las instituciones sanitarias.

Por su parte Soares AVN (2000)⁹⁴ aborda el cuidado en alojamiento conjunto, bajo la perspectiva de las representaciones sociales, demuestra que, dependiendo de cómo es la relación de asistencia en el contexto hospitalario, la mujer pasa a reelaborar sus representaciones de cuidado. En ese proceso de dar un nuevo significado, el hospital pasa a ser visto como un “lugar de ayuda” y, por lo tanto, propicia que la mujer se sienta acogida, atendida con educación e informada. Es por ello que reviste de gran importancia el asesoramiento de la madre en temas de lactancia durante la etapa de embarazo y durante su hospitalización, considerando al personal y a las instituciones de salud un apoyo para continuar con la LME.

Otro factor que influye para el descenso de la LME es la incorporación al mercado laboral. Las madres han trabajado siempre y la LM continuaba con el trabajo desde el inicio de la especie humana. Sin embargo, hoy en día, el lugar de trabajo y las estructuras sociales crear obstáculos para una LM normal y saludable.

El apoyo a las madres en su lugar de trabajo, a fin de facilitarles la lactancia natural, es también un aspecto fundamental para la protección de la lactancia materna. La existencia de un entorno laboral favorable a la lactancia, que proporcione facilidades para la extracción de leche, flexibilidad de horarios o incluso la posibilidad de amamantar en el lugar de trabajo, junto con la ampliación de la prestación por maternidad, son determinantes positivos para aumentar las tasas de lactancia materna.

Sin embargo, las mujeres aluden que en su trabajo no cuentan con el apoyo de los patrones para “seguir continuando” con la LME, por lo que inician con la introducción de la leche en fórmula antes de los 6 meses de edad, debido a la necesidad de retomar las actividades laborales.

Ellas relatan lo siguiente;

[...] por necesidad uno tiende a dejar el pecho, por ejemplo, la necesidad del dinero, porque muchas madres somos solteras y tenemos que dejar a nuestros bebés para poder trabajar, porque en ningún lugar te van a permitir que lleves a tu bebé para que continúes con la lactancia” [...] Samanta

[...] “el trabajo no me permitió continuar con la lactancia, no me daban permiso de salir de darle a mi bebé, además que trabajaba lejos de casa y ni como seguir dándole” [...] Leslie

[...] “es que yo trabajo bien lejos y ¿cómo voy a salir a dar?, no me dan permiso, mi patrón no me daría permiso” [...] Michelle

[...] “en mi trabajo nos hacen doblar turno, entonces ya no pasa mucho tiempo con el niño, entonces ya no le daba la misma leche que antes y así se me fue secando” [...] Ana

Los discursos anteriores coinciden con los resultados encontrados por Navarro M, et al.⁹⁵, mencionan que un factor asociado con el abandono temprano de la lactancia materna fue la falta de facilidades en el trabajo para seguir con la lactancia, mismo hallazgo encontrado en mi investigación, ya que las madres expresan que al no contar con el apoyo o facilidad en su trabajo esto las orilla a abandonar tempranamente la LM.

Algunos investigadores⁹⁶⁻⁹⁷ creen que la conciliación del amamantamiento con la actividad fuera del hogar es una de las más difíciles tareas femeninas en la sociedad actual, una vez que existe un conflicto para la toma de decisiones y, en la vida diaria, el deseo de ser una buena madre puede entrar en conflicto con otros papeles que la mujer representa en la sociedad como, por ejemplo, el de trabajadora, ya que en sus resultados este fue un factor que resalto por el cual las mujeres abandonan precozmente la LME.

De acuerdo con la relación del modelo cultural estas mujeres están situadas en el modelo posmoderno, es decir, en un “nuevo modelo”, las razones que sustentan dicho modelo son; el consumismo, la madre se deja influir por la modernidad, poseen nuevas ideas, nuevas costumbres y pensamientos, tienen otras prioridades antes que ofrecer LME al bebé.

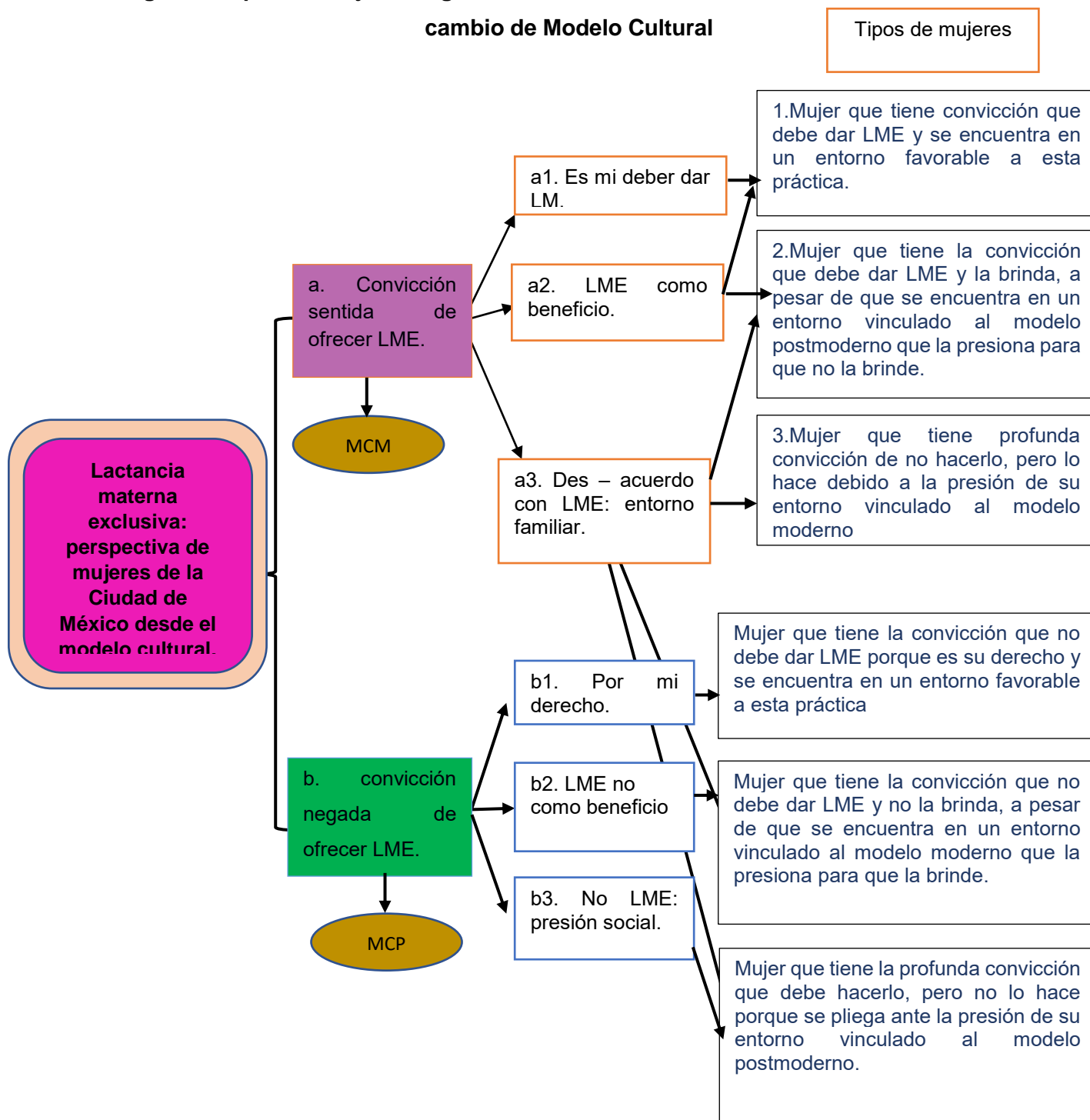
Los obstáculos presentados en esta tipología son; las dudas, la indecisión, la imposibilidad de creer o elegir entre sus expectativas contradictorias de lo que ellas quieren y lo que su entorno espera.

Considerando lo que mencionan la teoría, de acuerdo a la subcategoría B1, estas mujeres se sienten autorrealizadas ya que el no ofrece LME no genera ninguna contradicción ya que su familia apoya su decisión, sienten que disfrutan, a la vez de la realización de sus deseos y la aprobación de los demás, y que pueden, por consiguiente, estar satisfechas de lo que son y de lo que hacen.

Según Guy Bajoit estas mujeres se clasifican en el tipo 4,5 y 6 según sus características identitarias.

De acuerdo con las categorías emergidas por los discursos de las informantes y en base a sus características, se puede constatar que existen diferentes tipos de mujeres, como se mencionan en la teoría de Guy Bajoit de acuerdo con el cambio de modelo cultural, (ver figura 4).

Figura 4. Tipos de mujeres según sus características identitarias de acuerdo con el cambio de Modelo Cultural



CAPÍTULO VII. PROPUESTA: MODELO DE ANÁLISIS PARA COMPRENDER LAS CAUSAS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

Desde la revisión de la literatura y los datos encontrados se elabora un modelo de análisis, cuya propuesta está dirigida al personal de enfermería, con el objetivo de comprender el fenómeno del abandono de la LME en las mujeres debido al cambio de rol moderno al posmoderno el cual se propone para comprender el fenómeno y a partir de su interpretación, elaborar estrategias, investigaciones y políticas públicas relacionadas al cambio del modelo cultural, con el fin de aumentar el índice de la LME en nuestro país (ver esquema 1). Es importante recalcar que se encontraron 6 tipos de mujeres por lo que resulta de mayor significancia dicho modelo.

Explicación de Modelo de análisis

Para el análisis e interpretación del fenómeno, así como del modelo propuesto, se utilizan dos componentes de la teoría de Guy Bajoit “Mutación cultural” y “Gestión relacional de sí”.

La lactancia materna es el acto de amamantar con el fin de aportar los nutrientes que necesita el niño para un crecimiento y desarrollo saludable. El abandono de la LME se debe a múltiples causas, que afectan la salud del lactante, las cuales se agrupan en dos grandes tipos; *las causas extra sociales (Físicas)* y *las sociales*.

Las causas extra sociales (*Físicas*) están relacionadas a la salud, es decir, las que tienen poco que ver con las causas sociales, las alteraciones físicas asociadas al cuerpo de la mujer, por ejemplo: las grietas, los pezones adoloridos, el tipo de pezón, mastitis y las complicaciones patológicas de la madre y del bebe, aunado a la falta de seguridad, constituyen los factores de mayor predominio en el abandono de la LME y en consecuencia, la adopción de fórmulas lácteas industrializadas.

Con relación a las causas sociales se observa de dos maneras, objetivas y subjetivas.

Dentro de lo objetivos se encuentran las causas estructurales, de las cuales son derivadas las políticas, leyes, normas e instituciones de salud, por ejemplo, la falta de publicidad en medios de comunicación masiva, respecto de los beneficios de la LME, tales como campañas intensivas con alto impacto social, en lo que a instituciones se refiere, existen deficiencias en el seguimiento y operatividad de las normas pro lactancia dentro de las instituciones de salud, con especial atención en la aplicación y evaluación, respecto de la infraestructura, déficit en la creación de lactarios públicos y guarderías, ya que hoy en día, son muchas las mujeres incorporadas a la actividad laboral y no cuentan con espacios dignos que promuevan y faciliten esta práctica.

Por otro lado, se describe las causas culturales que se asocian a las creencias colectivas, ideas, tradiciones, etc., es decir, las conductas humanas que son el resultado de procesos subjetivos, las representaciones de la sociedad de sus intereses, de sus valores, de sus normas y de sus afectos⁶⁹, por ejemplo, la mercadotecnia, los medios de comunicación masiva y la estética de la mujer. Sin embargo, estas causas se agravan evidentemente al encontrarnos en un cambio de modelo cultural en el cual hay una coexistencia de ambos modelos, es decir, de un paso cultural moderno a un paso cultural posmoderno.

Para dilucidar el cambio de modelos, se entiende que el modelo cultural es un conjunto de principios éticos y morales que van más allá de los valores o las creencias; se trata de algo que define, determina, orienta, condiciona nuestras representaciones sociales y normas de comportamiento⁶⁰, que sirven para dar sentido y legitimidad a las prácticas en todos los campos de relaciones sociales.

Según el sociólogo Guy Bajoit el Cambio de modelo cultural se caracteriza por la pérdida de credibilidad del modelo moderno y su sustitución gradual por otro nuevo, que puede llamarse modelo posmoderno⁶⁹. Este cambio se ha producido en todos los ámbitos de las relaciones sociales: la familia, la escuela, el trabajo, la religión, la política, el placer y la acción colectiva, lo cual afecta en todas las esferas de vida del individuo, ya que estos producen conflictos, es decir, obliga a la clase dirigente y

las elites políticas a tomar en consideración las reivindicaciones de los movimientos sociales de la clase dominada y del conjunto de los actores populares organizados.

Por lo tanto, tal interpretación supone entonces, la transición de un modelo antiguo a uno nuevo. Diferentes autores constatan que estamos pasando por un verdadero cambio cultural, Zygmunt Bauman le llama "modernidad líquida", Ulrich Beck le nombra "sociedad de riesgo", Bajoit "mutación cultural", otros le llaman el cambio de la posmodernidad, pero para efectos de esta tesis le vamos a llamar el cambio de "**modelo cultural moderno**" a un "**cambio de modelo posmoderno**", como ya se mencionó anteriormente basado de la teoría de Guy Bajoit.

Bajoit junto con Dubet, Lahire Y Murtucelli⁶⁹ mencionan que el modelo cultural moderno o también llamado industrial se ha debilitado, porque la sociedad ya no tiene más un principio central de unidad, es decir, ya no está orientada por una sola creencia cultural, legítima y creíble, que guíe y dé sentido a las conductas de la gente y articule todos los campos de la vida social. Dicho de otra manera, las sociedades de hoy ya no poseen un modelo cultural ampliamente dominante que impregne todas las conductas.

Tal interpretación presume que el modelo cultural moderno se basaba en la creencia generalizada; en el progreso, en la razón, y en el deber, las cuales orientan y dan un sentido a las conductas de las personas antiguas.

Mientras que el modelo cultural posmoderno o modelo cultural identitario, es el que apela a la persona como sujeto autónomo y responsable con respecto a sí mismo, como actor cívico y competitivo en sus relaciones con los demás y con el mundo, además existe un cambio en todos los campos relacionales de la vida social, donde las prácticas están cambiando profundamente, los individuos actuales critican los sentidos culturales antiguos, pero lo hacen de nuevos sentidos, nuevos principios, últimos de orientación y de significación que conforman un nuevo modelo cultural⁷⁷.

Este modelo está basado en nombre de una apertura de flujo de los intercambios mundiales y a los beneficios del consumo, de la competencia, de la comunicación y

de los derechos, por ende, constituye un nuevo modelo cultural, que incide en la mercadotecnia, medios de comunicación masiva y en la estética.

Por lo tanto, con base a dicha argumentación, queda de manifiesto el paso de un modelo cultural moderno basado en los deberes a un modelo cultural posmoderno basado en los derechos. Cabe mencionar que este cambio de modelo no es un cambio que se produce de forma rápida, es un cambio que se ha venido produciendo paulatinamente, por tanto, en este momento estamos atravesando de un modelo cultural a otro como proceso histórico.

Con respecto al tema de la lactancia materna se puede entender que durante en el modelo cultural moderno, el ofrecer pecho se constituía como un deber para la mujer, es decir, la mujer debía lactar, de lo contrario la sociedad la consideraba “mala madre”. En cambio, en el modelo cultural posmoderno la mujer tiene el derecho de elegir ofrecer o no lactancia materna, sin embargo, a ellas no se les considera mala madre, a este tipo de mujeres les importa más su apariencia física y son influenciadas por los medios de comunicación y la mercadotecnia.

Este cambio de conceptos de deber a derecho hace que también exista un cambio en las esferas de identidad de la persona, origina que las mujeres experimenten contradicciones, porque al estar en el medio de estos dos modelos hay mamás que se adhieren al modelo antiguo, hay quienes se adhieren al modelo nuevo y otras que se encuentran en el medio de los dos.

Producto de dichas contradicciones, surge la gestión de las tensiones entre identidades, Bajoit describe en su teoría que la persona engendra una sensibilidad, un malestar y un sufrimiento psíquico, el individuo ya no logra conciliar más la satisfacción de todos sus deseos, debe afrontar opciones difíciles o imposibles, asumir renuncias desgarradoras, afrontamientos penosos con los demás y amenazas que pesan sobre su integridad⁶¹.

Por tanto, estas modificaciones y tensiones hacen que las mujeres generen conflictos entre las identidades, esto es, lo que ellas quieren ser y desean hacer

(identidad deseada) o lo que ellas creen que su medio social espera de ellas (identidad asignada).

Bajoit define identidad como la percepción interna que tienen los individuos en relación de quiénes somos y quiénes son los otros, es decir, con la representación que tenemos de nosotros mismos en relación con los demás. Por lo tanto, esto implica hacer comparaciones entre las gentes para encontrar semejanzas y diferencias entre las mismas, cuando creemos encontrar semejanzas entre las personas, inferimos que comparten una misma identidad que las distinguen de otras personas que no nos parecen similares⁷⁰.

Derivado a la gestión de las personas y de las contradicciones del cambio cultural, se estudian dos identidades de acuerdo con el modelo de Guy Bajoit, con el fin de razonar estas contradicciones en las madres lactantes.

La identidad deseada (ID), contiene todo lo que el individuo, consciente o inconscientemente “siente” en sí mismo, como deseos de ser o de hacer, todo lo que lo “impulsa” hacia sus preferencias, sus gustos y sus inclinaciones. Tales deseos son insaciables, puesto que se renuevan constantemente mediante la práctica de las relaciones sociales; ellos incitan al individuo a buscar sin límite alguno cierta cantidad y calidad de “objetos de satisfacción” valorizados por la cultura vigente (por los modelos culturales, las ideologías, las utopías) en un lugar y tiempo determinados, sean o no legítimos, según las posiciones sociales que le corresponden⁶¹.

La identidad asignada (IA), contiene todo lo que el individuo percibe, explícita o confusamente, como las expectativas de los demás con respecto a sí mismo (otras personalidades, sus padres, su cónyuge, sus hijos, sus amigos y/o instituciones como (la escuela, el mercado laboral, el Estado)⁶¹.

Es lo que él cree que su medio social espera de él y que ha interiorizado en su conciencia moral. Esta identidad le indica, en consecuencia, la cantidad y la calidad de los “objetos de satisfacción” a los cuales la cultura les reconoce derecho de

acceso, dada su posición social, simultáneamente le impone los límites que los demás asignan a su satisfacción legítima.

Pero ahora ¿Cómo resolver dichas contradicciones?

Interpretándolo con el tema de la lactancia materna, las mujeres gestionan entre sí estas tensiones de acuerdo con las dos identidades presentadas en la teoría de Guy, la teoría deseada (ID) y asignada (ID). Por lo que puede darnos pistas de que es lo que está pasando realmente con el abandono de lactancia materna exclusiva y la relación que esto conlleva con los modelos culturales y eso nos lleva a pensar en los 6 tipos de identidades que a continuación se describen:

Tipo 1. Mujer que tiene la profunda convicción que debe dar LME y se encuentra en un entorno favorable a esta práctica. En este primer tipo las mujeres ofrecen lactancia materna exclusiva al bebé porque lo considera un deber, éste es considerado como una obligación que cada una de las mujeres se comprometen a cumplirlo, de tal manera que estas mujeres ofrecen LME para el bien del hijo y para el bien de sí mismas, Es decir, estas madres lactantes se adhieren al modelo cultura moderno igual que su entorno familiar.

Tipo 2. Mujer que tiene la profunda convicción que debe dar LME y la brinda, a pesar de que se encuentra en un entorno vinculado al MP que la presiona para que no la brinde. Este tipo de mujeres se encuentran en el modelo cultural moderno y ofrecen lactancia materna exclusiva, mientras que su entorno familiar está en el modelo cultural posmoderno en un “nuevo modelo” que no la apoyo durante la práctica de la LM.

Tipo 3. Mujer que tiene la profunda convicción que no debe hacerlo, pero lo hace, porque se pliega ante la presión de su entorno vinculado al MP. Esta mujer se encuentra dentro del modelo cultural posmoderno, mientras que su entorno se encuentra en el modelo cultural moderno.

En estas mujeres existe una contradicción ya que se someten ante la identidad que le asigna su entorno, puesto que su entorno se encuentra en el modelo cultural moderno, y al final éste termina asignado una identidad a la mujer lactante, por

tanto, la madre termina dando lactancia materna al bebé, a pesar de que no querer ofrecerla.

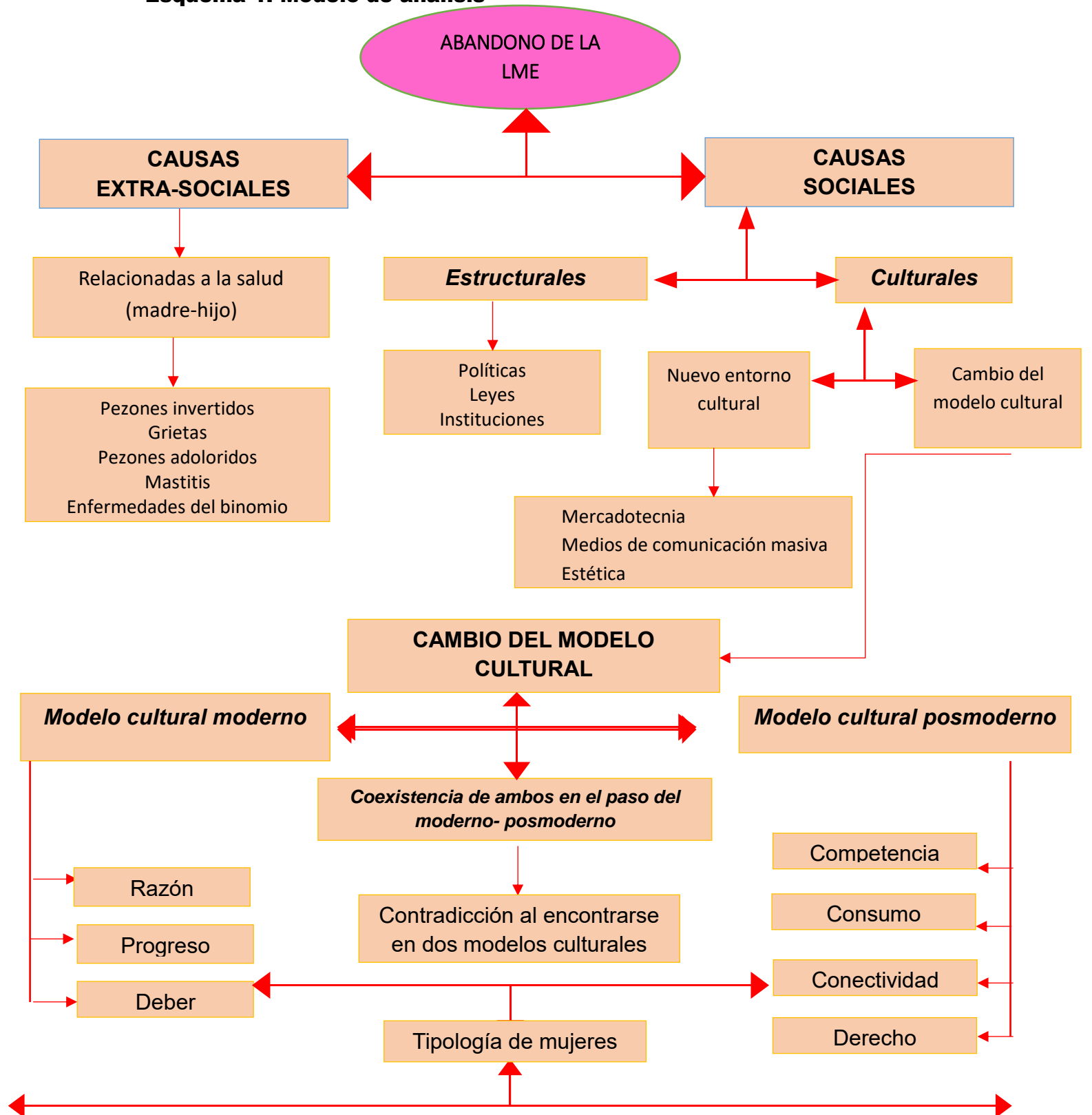
Tipo 4. Mujer que tiene profunda convicción de no dar LME porque es su derecho y se encuentra en un entorno favorable a esta práctica. aquellas mujeres que no ofrecen lactancia materna exclusiva porque lo considera un derecho, al igual que su entorno ambos se encuentran en el modelo posmoderno. Esta tipología se caracteriza porque las mujeres buscan su autorrealización como personas, su libre elección de ofrecer o no lactancia materna, y en este tipo las mujeres deciden no dar LME su bebé.

Tipo 5. Mujer que tiene profunda convicción de no dar LME y no la brinda, a pesar de encontrarse en un entorno ligado al modelo moderno que presiona a brindarlo. Este tipo de mujeres se encuentran en el modelo cultural posmoderno y no ofrecen lactancia materna exclusiva, mientras que su entorno familiar está en el modelo cultural moderno

Tipo 6. Mujer que tiene la profunda convicción de hacerlo, pero no lo hace debido a la presión de su entorno vinculado al MCP. En este sexto tipo las mujeres lactantes se encuentran ubicadas en el modelo cultural moderno, mientras que su entorno está vinculado al modelo postmoderno. En esta tipología las mujeres se encuentran en conflicto con su entorno ya que ellas quieren ofrecer LME, pero por causa del entorno vinculado al modelo posmoderno no la ofrece, debido a comentarios negativos.

De manera que al conocer estos tipos de identidades que surgen a partir de las contradicciones de las mujeres desde el modelo cultural, nos trae como resultado comprender y evidentemente dar pautas para un modelo de intervención de enfermería que coadyuve al aumento de la lactancia materna desde un aspecto social/ cultural.

Esquema 1. Modelo de análisis



- Tipo 1. Mujer que tiene la profunda convicción que debe dar LME y se encuentra en un entorno favorable a esta práctica.
- Tipo 2. Mujer que tiene la profunda convicción que debe dar LME y la brinda, a pesar de que se encuentra en un entorno vinculado al MP que la presiona para que no la brinde
- Tipo 3. Mujer que tiene la profunda convicción que no debe hacerlo, pero lo hace, porque se pliega ante la presión de su entorno vinculado al MP.
- Tipo 4. Mujer que tiene profunda convicción de no dar LME porque es su derecho y se encuentra en un entorno favorable a esta práctica.
- Tipo 5. Mujer que tiene profunda convicción de no dar LME y no la brinda, a pesar de encontrarse en un entorno ligado al modelo moderno que presiona a brindarlo
- Tipo 6. Mujer que tiene la profunda convicción de hacerlo, pero no lo hace debido a la presión de su entorno vinculado al MP

CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES

Finalizada esta investigación, se llega al logro de los objetivos planteados inicialmente, través del presente estudio, al mismo tiempo que arroja información confiable acerca de los aspectos socio culturales que operan como barreras que impiden a las madres en estado de lactancia, amamantar de manera exclusiva.

Al asociar la LME con los modelos culturales, se constata que en el modelo cultural moderno se considera este tipo de práctica como un deber, mientras que en el modelo postmoderno se considera un derecho. Al encontrarnos en el tránsito de un modelo hacia el otro, las mujeres se encuentran influenciadas por discursos y prácticas culturales que, en ocasiones resultan contradictorias.

Las causas extra sociales no son independientes de las causas sociales, por tanto, cualquier enfoque, política o intervención del tipo que sea, tiene que tener en cuenta estos factores, con la finalidad de tener un abordaje más eficiente sobre el tema de la LME y así reforzar las estrategias que existen para aumentar el índice de esta práctica.

En la sociedad mexicana actual se encuentran mujeres que obedecen a diferentes modelos culturales.

El éxito de la lactancia materna está vinculado a las mujeres que se encuentran en un modelo cultural moderno, ya que estas mujeres lo ven como un deber, además de recibir el apoyo de su entorno familiar y conocer los beneficios de la leche humana.

Los hallazgos confirman que nuestro país atraviesa por un cambio de modelos, situación que afecta todas las esferas de la vida, especialmente la autoconfianza, seguridad y autoestimas sobre el tema de la lactancia materna exclusiva y en contraposición, el aumento en el uso de las fórmulas artificiales, la mercadotecnia, es un nuevo paradigma materno, lo cual nos permite comprender estos fenómenos y a partir de ello posibilita el diseño de nuevas estrategias planteadas desde y para la enfermería, con la intención de coadyuvar al incremento de la LME en nuestro

país.

De la misma manera la influencia que ejerce el familiar en la madre en periodo de lactancia es un factor importante que intervine en la decisión para continúan con una LME, cabe mencionar que esto es debido al modelo cultural en el que se encuentre, ya que en los hallazgos muestra que el entorno que más a poya a la mujer es el entorno ubicado en el modelo cultural moderno y especialmente el esposo.

Aunque no necesariamente el entorno social es absolutamente determinante porque en unos casos hacen cambiar de opinión a la mujer para que ofrezca LME pero en otros no.

CAPÍTULO XI. RECOMENDACIONES

A partir de la investigación es posible pensar en la importancia de explorar a mayor profundidad las implicaciones que tiene el cambio de modelos culturales en las mujeres lactantes de manera diferenciada, considerando que este eje es sustantivo para ir más a fondo con el alto índice del abandono de la LME y así realizar estrategias desde la enfermería para aumentar la LM.

Se sugiere realizar estudios en diferentes poblaciones y de diferentes estatus económicos, para conocer en que modelos se encuentran las mujeres en etapa de lactancia y cuáles son las causas principales del abandono de la LME.

Se recomienda a los profesionales de salud (médico, enfermería, nutriólogo, trabajo social) que realicen en equipo multidisciplinario la formulación y ejecución de programas encaminados a aumentar la práctica de la lactancia materna, en donde se tengan en cuenta los diferentes modelos culturales de estas mujeres y las recomendaciones que ellas hacen para que esta práctica sea exitosa y segura.

Con base a esta investigación, se espera que demás profesionales de enfermería se motiven en hacer más investigaciones sobre el tema, ya que por medio de los diferentes modelos culturales se pueden conocer los errores que dificultan la práctica de la lactancia materna y a partir de ello, se puedan formular soluciones encaminadas a mejorar esta práctica.

Estudiar a las madres que se encuentran en modelo cultural posmoderno en futuros trabajos de investigación ya que se ha constatado que en ellas existe mayor abandono de la lactancia materna y determinar el porqué de ello teniendo en cuenta las causas de abandono mencionadas en este trabajo.

Realizar investigación con metodología cualitativa, ya que la mayoría de estudios revisados y encontrados relacionados al tema son de metodología cuantitativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: lactancia materna. OMS; 2016. Fecha de consulta: 06 mayo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1Ine2J2>.
2. Cuevas LL. Impacto en la economía familiar por uso de sucedáneos de leche materna en bebés sanos y uso de fórmulas especiales. *Pediatría de Méx.* 2010; 12(1). Fecha de consulta: 01 marzo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1T28DD3>.
3. Argomedo AL, Bribiesca F, et al. CAALMA Manual de curso avanzado de apoyo a la lactancia materna. México; 2008. Fecha de consulta: 03 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fmMN4U>
4. Oyola AE, Silva JA, Navarro M, Quispe MP. Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Rev. Cubana de Salud Pública.* 2015; 41(4): 582-92. Fecha de consulta: 6 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1TMIIHo>.
5. Baquero L. La influencia de la globalización en la práctica de la lactancia materna. *Rev. Actual de Enfermería de Costa Rica [en línea].* 2008; 15: 1-9. Fecha de consulta: 23 marzo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1SSmy1X>.
6. Álvarez P. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de santo Tomás Ajusco [Tesis maestría]. Instituto Nacional de Salud Pública; 2013.
7. Secretaria de Salud. Implementación de acciones en lactancia materna [en línea]. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1Tyvzd1>.
8. Veneman AM. Retomando el tema de la lactancia materna en la región de América Latina y el Caribe un compromiso de Unicef. UNICEF; 2009. Fecha de consulta: 5 marzo 2016. Disponible en: <http://uni.cf/1ZnoD6t>.
9. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2012. México; 2012. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2016. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>.

10. Afoakwah G, Smyth R, Lavender D. Women's experiences of breastfeeding: A narrative review of qualitative African Journal of Midwifery & Women's Health. 2013; 7(2): p71.
11. Spencer RL, Greatrex-W S, Fraser DM. 'I thought it would keep them all quiet'. Women's experiences of breastfeeding as illusions of compliance: an interpretive phenomenological study. Journal of Advanced Nursing. 2015; 71(5): 1076–1086. Fecha de consulta: 27 de marzo de 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2nhyM8D>
12. Xavier LJ, Dos Santos S, Pereira GK, et al. Factors that influence the interruption of exclusive breastfeeding in nursing mothers. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36(spe):127-34.
13. Organización Mundial de La salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capitulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud; 2010. Fecha de consulta: 9 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2qu3O9d>
14. Alfonso L, Gorrita R. ¿Cómo influyen diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la lactancia materna? Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en Internet]. 2009; 15(3): 1-6. Fecha de consulta: 08 mayo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/23Dbyay>
15. Londoño ÁL, Mejía MS. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2010; 9(19): 124-137. Fecha de consulta: 31 marzo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1SZSCkA>.
16. Camargo FA, Latorre JF, Porras JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2011; 16(1): 56-72. Fecha de consulta: 05 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/24C1n8z>.
17. López BE, Zapata NJ, Martínez GL. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2013; 31(1): 117-126. Fecha de consulta: 27 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gynryh>

18. UNICEF, OMS, Grupo del Banco Mundial y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la División de Población de las Naciones Unidas. Centro de prensas: Las muertes infantiles en el mundo se han reducido casi a la mitad desde 1990, dice la ONU. Nueva York/Ginebra; 2013. Fecha de consulta: 03 mayo de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1Oh381n>.
19. Xavier LJ, Dos Santos S, Pereira GK, et al. Factors that influence the interruption of exclusive breastfeeding in nursing mothers. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36(spe):127-34.
20. Quispe MP, Oyola AE, Silva JA, et al. Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. Rev Cubana de Salud Pública. 2015; 41(4): 582-92. Fecha de consulta: 6 de abril de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1TMIIHo>.
21. UNICEF América latina y el Caribe. En todo el mundo, 77 millones de recién nacidos no reciben leche materna en su primera hora de vida. Centro de prensa; 2016. Fecha de consulta: 2 Abril 2016. Disponible en: <http://uni.cf/2gullwc>
22. Veneman AM. Retomando el tema de la lactancia materna en la región de América Latina y el Caribe un compromiso de UNICEF. UNICEF; 2009. Fecha de consulta: 5 marzo 2016. Disponible en: <http://uni.cf/1ZnoD6t>.
23. Aguilar MJ. Lactancia materna. España: Elsevier; 2005.
24. Estévez MD, Martell D, Medina R, et al. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna [Línea]. An Esp Pediatr. 2002; 56(2): 144-150. Fecha de consulta: 07 mayo 2016. <http://bit.ly/279HsQw>.
25. Secretaría de Salud (SSA). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad; 2010. Disponible en: <http://bit.ly/1XcJrPy>.
26. Vandale S, Rivera ME, et al. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales. Salud Pública Mex. 1997; 39(5): 412-19. Fecha de consulta: 01 marzo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1s93x1z>.
27. Flores AL, Bustos MV, González R, Mendoza HF. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. Archivos en

- Medicina Familiar.2006; 8(1): 33-39. Fecha de consulta 06 mayo de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1XhYeZi>.
28. Delgado A, Arroyo LM, Díaz MA, Quezada CA. 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. [revista en la Internet]. 2006; 63(1): 31-39. Fecha de consulta: 04 mayo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/21EQaIB>.
29. Quezada CA, Delgado A, Arroyo LM, Díaz MA. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2008; 65(1): 19-25. Fecha de consulta: 28 febrero 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1XcJUKW>
30. León HG. Causas de abandono de lactancia materna en un hospital de tercer nivel. Pediatría de México. 2010; 12(1). Fecha de consulta: 5 de Marzo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1s93aEp>.
31. UNICEF. Centro de prensa: Presenta UNICEF iniciativa Sí a La Lactancia; 2015. Fecha de consulta: 04 mayo 2016. Disponible en: <http://uni.cf/1TMIsTp>.
32. González T, Escobar L, González LD, Rivera JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública Méx. 2013; 55(2): 170-179. Fecha de consulta: 28 de Marzo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1Wde4op>.
33. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS; 2016. Fecha de consulta: 04 Mayo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/VEEliT>.
34. UNICEF. La leche materna salva vidas. Ginebra. OMS; 2015. Serie de informes técnicos: 342. Fecha de consulta: 04 mayo 2016. Disponible en: <http://uni.cf/1MkwldL>.
35. Morales M, Da Silva L, Faliú B, Sosa C. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2011; 82(1):10-17. Fecha de consulta: 01 septiembre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gvVxFQ>
36. Martínez J, Valdés V. Problemas en la Lactancia. UNICEF; 2005. Fecha de consulta: 12 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2g8y909>

37. Carrera M, Arroyo R, Mediano P, et al. Lactancia Materna y mastitis, Tratamiento empírico basado en la sintomatología y los agentes etiológicos. Acta Pediatr Esp. 2012; 70(6): 255- 61. Fecha de consulta: 8 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2f00xm9>
38. González C. Hipogalactia: diagnóstico y tratamiento. “La Lactancia Materna” Capítulo 8 del libro. Universidad de Sevilla: 2001.
39. Vayas R, Carrera L. Hipogalactia: causas y orientación de manejo. Med Gen y Fam (en línea). 2012; 1(3):143-147. Fecha de consulta: 27 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1VMPY42>.
40. Hernández E. Genealogía Histórica de la lactancia materna. Rev actual de enfermería de costa Rica [en línea]. 2008; 15. Fecha de consulta: 26 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gqI0NJ>
41. Secretaría de Salud (SSA). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 1993. Fecha de consulta: 26 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fDc3PG>
42. Secretaría de Salud (SSA). Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. 1999. Fecha de consulta: 26 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fUNi2c>
43. Secretaría de Salud (SSA). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. 2005. Fecha de consulta: 26 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fD9Gwe>
44. Ley Federal Del Trabajo. Diario Oficial de la Federación. 1º de abril de 1970. Fecha de consulta: 13 octubre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1RPMmwY>
45. La Ley para la Protección, Apoyo y Promoción a la Lactancia Materna del Estado de México. A H. "LVIII" Legislatura del Estado de México. Toluca de Lerdo, México. 9 de octubre de 2014. Fecha de consulta: 13 octubre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gNq7uX>

46. Oliver A. El abandono prematuro de la lactancia materna: Incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción, y apoyo a la lactancia [tesis doctoral]. Universidad de Alicante; 2012.
47. Helsing E, Savage F. Guía práctica para una Buena lactancia. Londres: Oxford university press; 1983.
48. Declaración de Innocenti. Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna. Florencia, Italia. 1 de agosto 1990. Fecha de consulta: 13 octubre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fqLMJ0>
49. Cerda L. Lactancia materna y gestión del cuidado. Revista Cubana de Enfermería. 2011; 27(4): 327-336. Fecha de consulta: 24 octubre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gx4NZW>
50. Latham MC. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Capítulo 7: Lactancia Materna. Tontisirin K. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. VOL 1. Roma; 2002. Disponible en: <http://bit.ly/1ZnnTOS>.
51. Calvo C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev. Actual de Enfermería de Costa Rica [en línea]. 2009; 15. Fecha de consulta: 5 mayo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1UFeGIC>.
52. López P. Hipogalactia: causas y tratamientos. Crianza Natural; 2013. Fecha de consulta: 12 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gwOhJH>
53. Dávila M, Gomila R, Alcalá A, et al. Factores facilitadores y dificultades para una lactancia exitosa en diferentes grupos ocupacionales de madres puertorriqueñas. Revista Puertorriqueña de Psicología. 2012; 23(1): 91-108. Fecha de consulta: 2 Abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/23viHcP>.
54. Yáñez S. En el seno de la discordia: Paradojas de las políticas del amamantamiento [en línea]. I Jornadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género. La Plata, Argentina. En Memoria Académica; 2009. Fecha de consulta: 2 Abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gQaZwJ>
55. Reglamento de control sanitario de productos y servicios. 1202; 2016. Fecha de consulta: 26 de abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fVkgzL>

56. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-184-SSA1-2002, Productos y servicios. Leche, fórmula láctea y producto lácteo combinado. 2002. Especificaciones sanitarias. Fecha de consulta: 26 de abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gBTbl7>
57. Bauman Z. Modernidad líquida. Fondo de cultura Económica. México DF. 2003.
58. Bajoit G. Los jóvenes en un mundo incierto. Fecha de consulta: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1NuAvmB>
59. Daros WR. El Consumismo en la posmodernidad según Zygmunt Bauman. Argus-a. 2014; 3(12): 1-35. Fecha de consulta: 17 mayo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/20kXeCC>.
60. Bajoit G. El cambio sociocultural. Conceptos y fenómenos fundamentales de nuestro tiempo. UNAM; 2010. Fecha de consulta: 11 mayo de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/229YBWz>
61. Bajoit G. La tiranía del gran ISA. Cultura y representaciones sociales. 2009; 3(6): 9-23. Fecha de consulta: 30 agosto 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fLMXBS>.
62. Bautista E. El nuevo malestar en la cultura. Espiral (Guadalajara). 2013; 20(57): 191-95. Fecha de consulta: 15 mayo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1OrZVBt>.
63. Bajoit G. El cambio sociocultural. instituto de investigaciones sociales. 2010: 2 - 18. Fecha de consulta: 28 abril 2016. Disponible en: <http://bit.ly/229YBWz>.
64. Suárez H J. La sociología en una sociedad en mutación: entrevista con Guy Bajoit. Argumentos. 2005: 49(1); 191-96. Fecha de consulta: 14 mayo de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1Os17Vo>.
65. Sandoval M. El trabajo social chileno en un contexto de mutación cultural: Desafíos para la acción y la formación; 1998. Fecha de consulta: 22 septiembre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gg1HUX>
66. Bitencourt BL, Motta Carnevalli AL, Resck Rodríguez. Los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2015; 14(37): 335-341. Fecha de consulta: 20 Mayo 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fuWY7v>
67. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research: theories and issues. Enn: Hesse-Biber SH, Leavy P. Eds. Approaches to qualitative research.

- A reader on theory and practice. NY: Oxford University Press; 2004. 1- 17.
<http://bit.ly/2gDq4ic>
68. Urra E, Jana A. El uso de un paradigma emancipador para la teoría feminista posestructuralista en la investigación de enfermería. Sus implicancias y desafíos. Ciencia y Enfermería. 2010; XVI (3): 15-25.
69. Taylor S, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. España: Paidós. 1987.
70. Do Prado ML, De Souza ML, Monticelli MC, ET AL. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington, DC: OPS. 2013.
71. De Souza MM. La artesanía de la investigación cualitativa. 1ª ed. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2009
72. Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2014.
73. El código de Nuremberg. Nuremberg. 1946. Fecha de Consulta: 25 Noviembre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2fKykhA>
74. Mazzanti Di Ruggiero. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética. 2011; 6 (1): 125-144. Fecha de consulta 25 Noviembre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2gQklIO>
75. Informe Belmont Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. National Institutes of Health. Fecha de consulta: 25 noviembre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1CW1hs7>
76. Ley general de salud. Título segundo. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, (internet) CAPÍTULO I, Artículos 2, 13, 14, 17 y 18. Fecha de consulta: 28 noviembre 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1SBpgPT>
77. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med. 2003; 34(3): 164-7

78. Castilla M V, La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. Revista de Estudios de Género. La ventana. 2005; 188-218. Fecha de consulta: 11 de octubre de. Disponible en: <http://bit.ly/2zTgAc1>.
79. Díaz C J, Diaz CM, et al. Educación prenatal y lactancia materna. Mediciego. 12. Fecha de consulta: 11 de octubre de 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2gN1Zdm>
80. Correa S G. Significado de la experiencia de la lactancia materna exclusiva para la madre en los primeros seis meses de vida de su hijo. [Tesis maestría]. Universidad Nacional de Colombia. 2014.
81. Fajardo AD. Vivencias sobre la lactancia materna en un grupo de mujeres embarazadas con previa experiencia en amamantamiento, que asisten al control prenatal en la E.S.E hospital San José del municipio del Valle De San José Santander. Pontificia Universidad Javeriana. 2010
82. Alarcón X, et al. Lactancia materna, un asunto de familia. Diplomado en salud pública y salud Familiar. Universidad Austral de Chile. 2004. Disponible en: <http://bit.ly/2ljL113>
83. Gail C, Krell J. Changing the Breastfeeding Conversation and Our Culture. Breastfeeding Med. 2014; 9: 53-55.
84. Aguilar P M, Fernández MA. Lactancia materna exclusiva. Rev Fac Med UNAM. 2007; 50 (4). Disponible en: <http://bit.ly/2pouKeR>
85. Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. Rev Latino-am Enfermagem 2007 abril; 15(2):230-8.
86. Jiménez ML, Pardo V, Ibáñez E. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. Med Natur. 2009; 3: 77-85.
87. Schanler RJ, Potak DC. Breastfeeding Parental Education and Support. UpToDate. 2016 [consultado 2 Abr 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2aA8gTT>
88. Bajoit G. La renovación de la sociología contemporánea. Teoría: sociología contemporánea. 2008; 3(5): 1-23. Disponible en: <http://bit.ly/2gagUs7>
89. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Ergon. 2004.
90. Aguayo J, et al. La Lactancia Materna en Andalucía. Resultados del Estudio de

- prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2005. Disponible en: <http://bit.ly/2i8rIK9>
91. Coronado M, Sánchez O, Rodríguez A, et al. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en san José de las Lajas. Ministerio de salud pública. 2008. Disponible en: <http://bit.ly/2jk7lei>
92. Forero Y, Rodríguez S, Isaacs MA, Et al. La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá. Biomédica. 2013; 33(4). Disponible en: <http://bit.ly/2AdVGlh>
93. Rius JM, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. An pediat (Barc). 2014; 80(1): 6-15. Disponible en: <http://bit.ly/2yUcr9E>
94. Soares AVN. A representação social da puérpera em sistema de alojamento conjunto sobre seu processo de hospitalização. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP. 2000.
95. Navarro EM, Duque X, Trejo JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Publica Mex. 2003;.45:.276-284.
96. Silva IA. A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. Rev Bras Enferm. 2005; 58(6):641-6.
97. Merighi MAB, Praça NS. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens Teórico- Metodológicas Qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan. 2003. p.1-3.

ANEXOS

ANEXO A. GUIA DE ENTREVISTA

Rapport	Conocer la perspectiva de las mujeres de la CDMX de continuar o abandonar la LME
Objetivo	Comprender la perspectiva de las mujeres de la Ciudad de México sobre lactancia materna desde el modelo cultural.

GUIA DE PREGUNTAS

- ✓ ¿Cuántos años tiene usted?
- ✓ ¿Cuántos meses o años tiene su bebé?
- ✓ ¿en dónde vive?
- ✓ ¿Cuántos hijos tiene?
- ✓ Escolaridad

1. ¿Usted ofrece lactancia materna exclusiva?

- ✓ ¿Por qué ofrece pecho a su bebé?
- ✓ ¿Qué siente al dar pecho?

2. ¿Tuvo asesorías de Lactancia materna?

- ✓ Como se enteró de la información

3. ¿Tuvo complicaciones durante la LME?

4. ¿usted se siente mujer de antigua o moderna?

- ✓ Percepción sobre su entorno familiar

5. Quisiera agregar algo más.

ANEXO N° A1 FORMATO GUÍA DE ENTREVISTA PARA MAMÁS QUE OFRECIERON LME.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

Objetivo: *Comprender la perspectiva de las mujeres de la Ciudad de México sobre lactancia materna desde el modelo cultural.*

Fecha _____ Hora de inicio _____ Hora de término _____ No. Madre ____
Lugar _____ Pseudónimo _____

A. Apertura de entrevista:

Buenos días Señora... Soy Agripina Torres Montalvo, estudiante de la maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, (En este momento se indica el objetivo del estudio y se solicita a la mamá firmar el consentimiento informado, además se le menciona que para la investigación se utilizará pseudónimos para proteger su privacidad).

B. Preguntas orientadoras.

1. ¿Usted dio Lactancia materna exclusiva?
2. ¿porque dio?
3. ¿Quién/es influyó en que ofreciera LME a su bebé?
4. ¿Cómo influyo?
5. ¿porque usted hizo caso?

C. Identificar las causas físicas, estructurales y sociales.

6. ¿Presentó problemas de salud al momento de lactar exclusivamente con leche materna a su hijo?
7. ¿Cuénteme cuales fueron esos problemas?
8. Cuando usted dio a luz ¿tuvo asesorías de Lactancia materna por parte del personal de enfermería?
9. ¿En qué institución recibió las asesorías?
10. ¿Dónde dio lactancia materna? (lugar)
11. ¿Tuvo las condiciones para dar lactancia materna?
12. *En caso de ser mujer trabajadora* ¿en la institución en la que labora, existen lactarios o guarderías para que usted pueda lactar a su bebé?

13. ¿cómo se organizó?
14. ¿Enfrento dificultades?
15. ¿Las pudo resolver? ¿Cómo las resolvió?
16. ¿creé que es necesario que existan estos lugares para lactar? ¿Por qué?
17. ¿cree que las fórmulas son buenas y ayudan a la alimentación del niño? ¿Por qué?
18. ¿Usted cree que se pueden combinar con la leche materna? ¿Por qué?
19. Cuénteme ¿usted cree que los comerciales que son vistos en televisión y escuchados en radio sobre las leches en polvo, influyen en el abandono de la lactancia? ¿Porque piensa eso?

D. Identificar en qué modelo cultural se encuentra la madre.

20. Usted se considera mujer moderna o mujer antigua
21. ¿Usted cree que ofrecer lactancia materna es un deber o un derecho? ¿por qué?
22. ¿Usted da lactancia materna porque considera que es un deber, o cree que es un derecho no darla?
23. ¿Cuál es el ideal de mujer para usted tanto físico como intelectual? Describa a esa mujer.
24. ¿La visualiza ofreciendo Lactancia materna?
25. ¿En que se parece usted a esa ideal de mujer y en qué se diferencia? ¿Por qué?
26. En ese ideal de mujer que usted visualiza ¿la ve como madre lactante o/y utilizando formulas?
27. ¿Cómo se siente usted al ofrecer LM respecto a su apariencia física (cuerpo)?
28. Cuénteme ¿Usted cree que trabajar sea una causa, por la cual las madres tienden a dejar de amamantar a su bebé? ¿Por qué?
29. ¿usted conoce otras causas, por las que la madre no da lactancia?
30. ¿Cuál es el ideal de su bebé, saludable? ¿Debe ser flaco o gordo?
31. Si su bebé fuera de bajo peso (delgado) ¿Le daría fórmula para que aumentara de peso? ¿Por qué?
32. Si usted está lactando y su bebe no tiene peso adecuado, ¿le daría fórmula? ¿Por qué?

E. Madre menciona según su apreciación el modelo cultural en el que se encuentra la familia, amigos (entorno)

33. ¿Qué piensa su familia de la Lactancia materna?

34. ¿Su familia/amigos piensa igual que usted sobre el tema de la lactancia materna?
35. ¿Qué personas han influido más en su decisión de ofrecer o no seno materno a su bebé?
36. ¿cómo influyeron?
37. ¿Considera que fue/es importante la participación del familiar en la etapa de lactancia? ¿Por qué?
38. ¿En algún momento un familiar o amigo le recomendó ofrecer lactancia materna exclusiva a su bebé? ¿Porque lo hizo?

F. Cómo las madres gestionan la coincidencia o divergencia entre los modelos culturales con respecto a la lactancia materna.

39. Dígame ¿usted que hizo para ofrecer LME a pesar de los comentarios negativos?
40. ¿Usted porque coincide con la familia sobre el ofrecer LME?

Cierre

DÍGAME ALGO MÁS QUE SEA DE SU INTERÉS

ANEXO N° A2 FORMATO GUÍA DE ENTREVISTA PARA MAMÁS QUE NO
OFRECIERON LME.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Objetivo: *Comprender la perspectiva de las mujeres de la Ciudad de México sobre lactancia materna desde el modelo cultural.*

Fecha _____ Hora de inicio ____ Hora de término _____ No. Madre _____
Lugar _____ Pseudónimo _____

A. Apertura de entrevista:

Buenos días Señora... Soy Agripina Torres Montalvo, estudiante de la maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, (En este momento se indica el objetivo del estudio y se solicita a la mamá firmar el consentimiento informado, además se le menciona que para la investigación se utilizará pseudónimos para proteger su privacidad).

B. Preguntas orientadoras.

1. ¿Usted dio Lactancia materna exclusiva?
2. ¿por que no dio?
3. ¿Quién/es influyó en que no ofreciera LME a su bebé?
4. ¿Cómo influyo?
5. ¿por que usted hizo caso?

C. Identificar las causas físicas, estructurales y sociales.

6. ¿Presentó problemas de salud al momento de lactar exclusivamente con leche materna a su hijo?
7. ¿Cuénteme cuales fueron esos problemas?
8. ¿Cuándo usted dio a luz ¿tuvo asesorías de Lactancia materna por parte del personal de enfermería?
9. ¿En qué institución recibió las asesorías?
10. ¿Dónde dio lactancia materna? (lugar)

11. ¿Tuvo las condiciones para dar lactancia materna?
12. *En caso de ser mujer trabajadora* ¿en la institución en la que labora, existen lactarios o guarderías para que usted pueda lactar a su bebé?
13. ¿cómo se organizó?
14. ¿Enfrento dificultades?
15. ¿Las pudo resolver? ¿Cómo las resolvió?
16. ¿creé que es necesario que existan estos lugares para lactar? ¿Por qué?
17. ¿cree que las fórmulas son buenas y ayudan a la alimentación del niño?
¿Por qué?
18. ¿Usted cree que se pueden combinar con la leche materna? ¿Por qué?
19. Cuénteme ¿usted cree que los comerciales que son vistos en televisión y escuchados en radio sobre las leches en polvo, influyen en el abandono de la lactancia? ¿Porque piensa eso?

D. Identificar en qué modelo cultural se encuentra la madre.

20. ¿Usted se considera mujer moderna o mujer antigua?
21. ¿Usted cree que ofrecer lactancia materna es un deber o un derecho? ¿por qué?
22. ¿Usted da lactancia materna porque considera que es un deber, o cree que es un derecho no darla?
23. ¿Cuál es el ideal de mujer para usted tanto físico como intelectual? Describa a esa mujer.
24. ¿La visualiza ofreciendo Lactancia materna?
25. ¿En que se parece usted a esa ideal de mujer y en qué se diferencia? ¿Por qué?
26. En ese ideal de mujer que usted visualiza ¿la ve como madre lactante o/y utilizando formulas?
27. ¿Cómo se siente usted al ofrecer LM respecto a su apariencia física (cuerpo)?
28. Cuénteme ¿Usted cree que trabajar sea una causa, por la cual las madres tienden a dejar de amamantar a su bebé? ¿Por qué?
29. ¿Usted conoce otras causas, por las que la madre no da lactancia?
30. ¿Cuál es el ideal de su bebé, saludable? ¿Debe ser flaco o gordo?
31. Si su bebé fuera de bajo peso (delgado) ¿Le daría fórmula para que aumentara de peso? ¿Por qué?
32. Si usted está lactando y su bebé no tiene peso adecuado, ¿le daría fórmula? ¿Por qué?

E. Madre menciona según su apreciación el modelo cultural en el que se encuentra la familia, amigos (entorno)

33. ¿Qué piensa su familia de la Lactancia materna?
34. ¿Su familia/amigos piensa igual que usted sobre el tema de la lactancia materna?
35. ¿Qué personas han influido más en su decisión de no ofrecer seno materno a su bebé?
36. ¿cómo influyeron?
37. ¿Considera que fue/es importante la participación del familiar en la etapa de lactancia? ¿Por qué?
38. ¿En algún momento un familiar o amigo le recomendó no ofrecer lactancia materna exclusiva a su bebé? ¿Porque lo hizo?

F. Cómo las madres gestionan la coincidencia o divergencia entre los modelos culturales con respecto a la lactancia materna.

39. Dígame ¿Que hizo usted para mantenerse sin dar lm a pesar de que la presionaban para que la diera?
40. ¿Usted porque coincide con la familia sobre el no ofrecer Lm?

G. Cierre

DÍGAME ALGO MÁS QUE SEA DE SU INTERÉS

ANEXO N° A3 FORMATO GUÍA DE ENTREVISTA PARA FAMILIAR.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Objetivo: *Comprender la perspectiva de las mujeres de la Ciudad de México sobre lactancia materna desde el modelo cultural.*

Fecha _____ Hora de inicio _____ Hora de término _____ No. Familiar _____
Lugar _____ Pseudónimo _____

A. Apertura de entrevista:

B. Pregunta orientadora.

1. Por favor. Podría contarme su experiencia con la Lactancia Materna.

C. Identificar en qué modelo cultural se encuentra el familiar/ amigo.

2. ¿Usted se considera mujer/hombre moderno/a? ¿Por qué? ¿Cuál es su ideal de mujer / hombre moderno? ¿Al ideal de mujer moderna la ve dando lactancia materna?
3. ¿Usted cree que ofrecer lactancia materna es un deber de las mujeres o es un derecho no darla y tener otras prioridades? ¿Por qué?
4. ¿Qué piensa de la Lactancia materna exclusiva?
5. ¿Considera que es importante el apoyo familiar y de amigos en la etapa de lactancia? ¿Por qué?
6. ¿Usted recomendó a su familiar (mujer) ofrecer LME o no darla? ¿Por qué?
7. ¿Hubo otros familiares o amigos que incidieron en esa decisión? ¿Quiénes? ¿Cómo influyeron?

D. Cierre

8. ¿Hay algo adicional que quisiera agregar o que considere importante y que no le haya preguntado?
9. ¿Cómo cree usted que se podría aumentar en nuestro país la LME? ¿Sería importante? ¿Qué sugiere para poder lograrlo?

E. Agradecimiento

ANEXO A4. GUIA DE OBSERVACIÓN

INDICADOR	SI	NO
Aspecto de madre e hijo		
A) Aspecto físico de la madre: 1. Mujer delgada 2. Mujer con sobrepeso 3. Mujer con obesidad		
B) Forma de vestir de la madre: Describir.		
C) Relación madre-bebé 1. Apego 2. Desapego		
D) Aspecto físico del bebé 1. Bebé delgado / no delgado 2. Bebé limpio / sucio 3. Bebé cuidado / descuidado		
E) Forma de vestir del bebé Describir.		
Aspecto de la familia		
F) Componente familiar. 1. Hacinamiento. 2. Tienen espacio.		
G) forma de expresión durante la comunicación. Describir.		
H) La familia muestra estudios. 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Carrera profesional		

I) Cultura familiar Describir.		
J) La familia muestra respeto al investigador.		
K) Comportamientos. Describir.		
<i>Aspectos del domicilio</i>		
L) Características de la vivienda 1. Aspectos interiores. 2. Aspectos exteriores.		
M) Característica de calle /cuadra de la vivienda ubicada		
N) Características de la colonia		
O) Observación general:		

ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

“LACTANCIA MATERNA DESDE EL MODELO CULTURAL: PERSPECTIVA DE MUJERES DE LA CIUDAD DE MÉXICO”

Se le invitada a participar en esta investigación que tiene como objetivo general: Comprender la perspectiva de las mujeres de la Ciudad de México sobre lactancia materna desde el modelo cultural.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán preguntas acerca del tema de Lactancia Materna, para facilitar el registro de la información es necesario grabar la entrevista en audio, la información es estrictamente confidencial y anónima, es decir su nombre será resguardado por medio de pseudónimos y la información que brinde se usará únicamente para fines académicos. Su participación no implica algún riesgo.

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, puede retirarse en el momento que lo desee, informando o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, además, en el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo.

Usted recibirá una copia de este consentimiento, que cuenta con el teléfono y correo electrónico del investigador pudiendo aclarar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora y en cualquier momento.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto en participar en este estudio de investigación.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

E-mail _____

Celular _____

ANEXO C. AGEB DE UBICACIÓN DE INFORMANTES

