

883129



**ESCUELA DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL  
IN-VIA**

**INCORPORADA A LA UNAM REG. 8831-29**

**CRISIS Y RESURGIMIENTO DE LA  
LACTANCIA MATERNA E INTERVENCIÓN  
DEL TRABAJO SOCIAL**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

**P R E S E N T A :  
MARÍA VIRGINIA EDITH RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ**

PUEBLA, PUE. 2004.



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.

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

PÁG

<b>CAPÍTULO I ANTECEDENTES DE LA LACTANCIA MATERNA</b>	<b>1</b>
1.1 LACTANCIA MATERNA EN EUROPA Y AMÉRICALATINA	1
1.2 LAS GRANDES EMPRESAS TRASNACIONALES DE PRODUCTOS LACTEOS	4
1.3 MODIFICACIONES EN LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL EN MÉXICO	14
1.4 LA MUJER EMBARAZADA Y LACTANTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO 1989 - 2000	20
1.4.1 LA POBLACIÓN FEMENINA EN MÉXICO	23
1.4.2 ENFERMEDAD Y POBREZA: SITUACIÓN DE LA MUJER EN MÉXICO	24
1.4.3 EDUCACIÓN	25
1.4.4 TRABAJO	27
1.4.5 SALUD Y REPRODUCCIÓN	28
1.4.6 EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA EN LA LEGISLACIÓN E INSTITUCIONES DE SALUD EN MÉXICO	32

### **CAPÍTULO II IMPÁCTO DE LA PLÍTICA SOCIAL EN LA VIDA DE LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE**

**37**

2.1 PROGRAMAS RELACIONADOS CON LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE	40
2.2 PROGRAMA NACIONAL DE LA MUJER	40
2.3 PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO	44
2.3.1 SITUACIÓN DEL NIÑO LACTANTE EN MÉXICO	44
2.3.2 ENFERMEDADES DIARREICAS	47
2.3.3 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	49
2.3.4 NUTRICIÓN	52
2.4 PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD Y ALIMENTACIÓN EN PUEBLA 1999 - 2005	55
2.4.1 LA MUJER Y EL NIÑO EN PUEBLA	55
2.4.2 INFRAESTRUCTURA MÉDICA Y RECURSOS HUMANOS EN EL ESTADO DE PUEBLA	57
2.4.3 ESTRATEGIA DEL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD Y ALIMENTACIÓN DEL ESTADO DE PUEBLA	59

<b>CAPÍTULO III REALIDAD SOCIAL Y ECONÓMICA DE LAS MUJERES EN GESTACIÓN Y LACTANCIA DEL CENTRO DE SALUD REFORMA SUR Y LA LIBERTAD</b>	<b>PAG.</b> <b>62</b>
3.1 METODOLOGÍA	63
3.2 INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN POR CENTRO DE SALUD	64
3.3 CRITERIOS DE LA INVESTIGACIÓN	65
3.4 DATOS GENERALES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS	67
3.5 SITUACIÓN ECONÓMICA	74
3.6 OCUPACIÓN	76
3.7 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	79
<b>CAPÍTULO IV CAPACITACIÓN A MUJERES EN GESTACIÓN Y LACTANCIA DE LOS CENTROS DE SALUD REFORMA SUR Y LA LIBERTAD</b>	<b>82</b>
4.1 INSTRUCCIÓN A 25 MUJERES SOBRE GESTACIÓN Y LACTANCIA	82
4.2 EVALUACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EN UN GRUPO DE MUJERES GESTANTES Y LACTANTES	99
4.3 ALIMENTACIÓN DE LOS HIJOS CON LECHE MATERNA	105
4.4 OPINIÓN RESPECTO A LA LECHE MATERNA	111
4.5 CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DEL CALOSTRO	114
4.6 ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ CUANDO LA MADRE TRABAJA	119
4.7 ANÁLISIS DE CASOS	126
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>136</b>
<b>GLOSARIO</b>	<b>140</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>143</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>146</b>

## INTRODUCCIÓN

La situación social y económica que enfrentan las mujeres en México es compleja. Entender la diversidad de problemas que influyen en la vida diaria de las mujeres en México y en sus familias, particularmente en sus hijos menores es un reto.

El trabajo que aquí se presenta consiste en el análisis de la problemática que las mujeres embarazadas y lactantes de niños de hasta cuatro meses enfrentan; particularmente en materia de conocimiento de los riesgos o necesidades de las mujeres durante su gestación y toda la cuestión que deben afrontar durante la lactancia.

En el capítulo I se hace un recuento del proceso que condujo a la aparición de la alimentación con leche industrializada tomando en cuenta que la incorporación de las mujeres al trabajo ha motivado que muchas dejen de dar su leche a sus hijos. También se habla de las empresas fabricantes de leche para lactantes o sustitutos de leche y la influencia de tales empresas motivando a las mujeres a abandonar la alimentación de sus hijos. En este capítulo se destaca la influencia de la leche artificial en la atención que recibe madre e hijo en los hospitales en México, el surgimiento de los bancos de leche y el retorno a la lactancia materna dada la concientización de la importancia de esta.

El capítulo II La función de los programas derivados de la política social y la participación en la situación de la mujer gestante y lactancia, en México y el Estado de Puebla. Se hace una revisión de los planes y programas de las instituciones de salud; que se han destinado a mejorar la situación de la mujer mediante trabajos en materia de salud y alimentación de las mujeres embarazadas y lactantes que requieren de la ayuda del Estado. Aquí se puede ver que el trabajo del gobierno en esta materia no es reciente y que consta de varios programas y planes pero que la difícil situación que viven las mujeres embarazadas y lactantes que pertenecen a la población abierta demanda una mayor atención.

El capítulo III consiste en la presentación del trabajo desarrollado en los centros de salud Reforma Sur y la Libertad, para conocer la realidad económica, social y cultural de las mujeres gestantes y lactantes mediante la aplicación de cuestionarios y el desarrollo de la instrucción recurriendo a la realización de pláticas con las 25 señoras que asistieron para darles información sobre los cuidados que deberían tener durante su embarazo e instruirles como alimentar a sus hijos con la leche materna, 19 de las señoras pertenecen al centro de salud Reforma Sur y 6 de ellas al centro de salud la Libertad.

En esta parte del trabajo se presenta con detalle la metodología utilizada y los criterios de la investigación para continuar con la presentación de los resultados que reflejan la situación económica y social que viven las mujeres que fueron incluidas en la muestra analizada. Se hace hincapié en la importancia que tiene que las mujeres estén bien informadas sobre los principales aspectos y riesgos que conlleva el no recibir los cuidados y atención apropiada durante el embarazo; las consecuencias de no alimentar a los hijos con leche materna mínimo hasta los cuatro meses e incluso se habla de la necesidad de alimentar correctamente a los hijos porque tal como se verá muchas mujeres desconocen las técnicas apropiadas para lactar a los hijos.

También se pone a disposición del lector los resultados de la investigación en materia de alimentación de las 25 mujeres embarazadas y lactantes incluidas en la muestra integrada en que se basó esta investigación. Se incluye información sobre el estado civil, escolaridad, religión, tipo de familia, vivienda, además de la ocupación e ingreso económico.

El capítulo IV se centra en conocer la eficacia de la capacitación o instrucción sobre gestación y lactancia. En esta parte del trabajo se pone atención en conocer si en embarazos anteriores las mujeres ya habían recibido información sobre gestación y lactancia y el papel que han desempeñado en esto las instituciones de salud otorgando orientación e información.

Además se estudia la opinión sobre lactancia materna, duración de la alimentación con leche materna y el conocimiento de la importancia del calostro, las enfermedades de los bebés y el énfasis en el conocimiento de la importancia de la alimentación con leche materna en el crecimiento del niño y su salud. Este capítulo concluye con la presentación de tres casos relevantes de igual número de mujeres que enfrentan situaciones especiales lo que llamó la atención para desarrollar el análisis de su situación.

Finalmente las conclusiones del trabajo hacen evidente la necesidad de trabajar más en la información e instrucción que las mujeres deben recibir en materia de embarazo y lactancia.

La utilidad de este trabajo consiste en que a partir de que se pudo apreciar que las mujeres embarazadas y lactantes de los centros de salud Reforma Sur y la Libertad de la ciudad de Puebla carecen de información sobre embarazo y lactancia se requiere trabajar con ellas instruyéndolas sobre la importancia de la alimentación de sus hijos con leche materna haciéndoles notar la importancia de esta en la salud y crecimiento de sus hijos.

## **CAPÍTULO I**

# **ANTECEDENTES DE LA LACTANCIA MATERNA**

## CAPÍTULO I

### ANTECEDENTES DE LACTANCIA MATERNA

#### 1.1 LACTANCIA MATERNA EN EUROPA Y AMÉRICA LATINA

En México como en otros países del mundo, el fenómeno de lactancia materna es un instinto propio de la naturaleza de las mujeres, la investigadora Pérez Gil Sara, retoma la frase de Kosik K. del libro "Dialéctica de lo concreto", diciendo que la lactancia materna también se da por la vía del "sentido común",<sup>1</sup> en este concepto, se puede aceptar que la lactancia materna es una práctica empírica, porque éste problema no se ha estudiado de manera científica en su totalidad; la antropología, biológica, fisiológica, etc. se ha abordado parcialmente.

A principios del siglo XIX, aún no se contaba con alimentos sustitutos promovidos por otros países. Si la madre por circunstancias ajenas a su voluntad no podía alimentar a su hijo con leche materna, se contrataban mujeres quienes por una remuneración amamantaban al bebé e incluso en instituciones de beneficencia destinadas al amparo de niños huérfanos empleaban a éstas mujeres para alimentar a los niños lactantes, "el mayor número de asilados, así como todos los niños de pecho, están en el campo, a donde los da a criar la casa bajo el cuidado de nodrizas sanas y perfectamente vigiladas, regularmente pagadas, las que tienen obligación de presentarse cada quince días para pasar revista con el niño, o antes, inmediatamente que este se enferme".<sup>2</sup>

En Europa a mediados del siglo XIX, la aparición de la teoría bacteriana; fundamentada en el estudio de microorganismos que son de múltiples formas: endoscópicas, astrosporas o exosporas, también son comprendidos como: algas, hongos, levaduras, etc. (la teoría es amplia y los conceptos solo se retoman como ejemplo, no nos corresponde profundizar en ellos), estas bacterias o microbios, se encuentran por todas partes: en el suelo, en el aire, en el agua, en fin se puede decir que están casi en todas partes.

<sup>1</sup> Pérez Gil Romo, Sara Elena. Salud Femenina. México. 1995. Pág. 128.

<sup>2</sup> De Asis Flores, Francisco. Historia de Medicina en México. México 1982. Pág. 306



Algunas de estas bacterias suelen ser peligrosas como el estafilococos, salmonelas, clostridios, tifus, el cólera y muchas más que son objeto de estudio en otras ciencias, pero aquí solo las mencionamos como ejemplos, algunas de ellas son muy peligrosas provocando enfermedades al ser humano incluso ocasionándole la muerte, "cuando se pudo ver bajo el microscopio que casi todos los alimentos, tenían muchas bacterias [...] el gremio médico promovió un cambio importante de los patrones de alimentación de los niños. Se retardó la instrucción de nuevos alimentos dejando al hijo solo con pecho por más de un año".<sup>3</sup>

Sin embargo la población europea comprendió que no todas las bacterias de los alimentos eran perjudiciales y se podía utilizar tecnología que evitara la contaminación de éstos. Por lo que la alimentación a los niños se empieza a dar de manera mixta, al alternar la leche de vaca u otro alimento con el seno materno.

La alimentación artificial empieza a tener mayor auge debido a la integración de la mujer en el campo del trabajo asalariado y los avances tecnológicos y comerciales como la comunicación, electricidad, transporte, industria y otras, como el área de la ciencia médica en donde los hallazgos más notables son las vacunas, medicamentos como la aspirina, suero, sulfamida, penicilina, cloromicetina, etc. Estos hechos hicieron que la alimentación de los bebés en base a alimentos procesados se adoptara como una nueva forma de alimentación total o parcialmente.

"En el siglo XIX y principios del XX, se comenzó a difundir ampliamente el hecho de que entre el 80 y el 90% de los neonatos alimentados exclusivamente con biberón morían".<sup>4</sup> En el análisis por el alto índice de mortalidad en los menores, que son un tipo de población muy importante para todas las sociedades, la incertidumbre hizo que se tomara otra vez la alimentación con seno materno tanto en Europa como en América. Alfonso Morales menciona referente a la alimentación con seno materno; en un breve análisis de la historia, que ha habido muchas variables en cuanto a la alimentación con el seno materno, es decir que por temporadas se fortalece o se debilita.

---

<sup>3</sup> CFR. Consideraciones biosociales de la lactancia materna, p.2

<sup>4</sup> Morales Carmona, Francisco. Cuaderno de nutrición. Volumen 20. No. 1. 1997, p.26

Francisco Morales Carmona y Mercedes Coqui en la revista Cuadernos de Nutrición publicada en enero de 1997, aparece el artículo "Aspectos psicológicos de la madre durante la lactancia al seno materno; en un breve análisis de la historia de la alimentación con leche materna; indica que por temporadas se fortalece o se debilita esta práctica y a mediados del siglo xx, ésta forma de alimentación tiende a disminuir, asociando el abandono de la lactancia materna con las enfermedades y defunciones, debido a que los bebés son alimentados con leche procesada o industrializada".<sup>5</sup>

Años después de la Primera Guerra Mundial, la incorporación de la mujer al proceso productivo, altera su vida en el ámbito social, político, económico y cultural; esta inclusión de la mujer en el campo de la producción esta íntimamente relacionada con el modernismo y la industrialización, la sociedad norteamericana empieza a utilizar con mayor frecuencia la lactancia artificial, promoviéndola posteriormente a otras partes del mundo, como la forma más práctica y adecuada de alimentar al niño.

"La alimentación artificial fue una técnica moderna en la alimentación del niño, pero esta técnica no se sometió a juicio para analizarla si era la mejor forma de alimentación del niño. Adolfo Chávez del Instituto Nacional de Nutrición hace una reflexión sobre el triángulo médico, madre y compañía, no se acordó que en el centro de él estaba el niño mismo y en realidad todos lo estaban tratando como objeto y no como sujeto".<sup>6</sup>

Dentro de la llamada tecnología moderna realmente no hay una preocupación por el niño. Además del médico y la madre se suman las empresas productoras de alimentos sustitutos de la leche materna agudizando claramente el problema de la salud y alimentación del niño.

---

<sup>5</sup> CFR Cuadernos de Nutrición. Vol. 20. México. 1997. p. 24

<sup>6</sup> CFR Consideraciones biosociales de la lactancia materna, p.3

## 1.2 LAS GRANDES EMPRESAS TRANSNACIONALES DE PRODUCTOS LACTEOS

La tendencia del abandono de la alimentación con leche materna se debe a razones psicosociales y culturales que están irreversiblemente asociadas con la industrialización y el modernismo. Después de la segunda guerra mundial tal industrialización se caracteriza por el fortalecimiento de la producción capitalista donde "el control del mercado por monopolios y empresas transnacionales, genera un mercado de consumo masivo y se reafirma el carácter de un patrón de producto consumista",<sup>7</sup> generalmente dirigido por países industrializados o desarrollados como Estados Unidos, Inglaterra y Francia.

Por otra parte, están los países dependientes o subdesarrollados que representan la mayoría de las naciones del mundo, entre tales países están los Latinoamericanos que incluyen a México. Estos países normalmente se caracterizan por el consumismo adoptado por la presión e influencia de los países dominantes; en un contexto en que la economía capitalista ha favorecido el abandono de la lactancia materna por motivos como la integración de la mujer al trabajo productivo, el fácil acceso a los productos lácteos y otros motivos que han ocasionado el desestimiento de las mujeres de la práctica de la lactancia materna.

En la revista Cuadernos de Nutrición en el artículo de la doctora Ana Langer del Instituto Nacional de Perinatología señala "hemos recibido una gran influencia de las compañías transnacionales de la industria de la alimentación"<sup>8</sup> que basándose en la mercadotecnia y en los medios masivos de comunicación como la radio y la televisión, han transmitido a la población la necesidad de adquirir sus productos imponiendo patrones de lactancia diseñados por la empresas transnacionales de la industria de la alimentación infantil como son los laboratorios Abbot productores de fórmulas lácteas Similac e Isomil, Bristol-Meyers (Mead Johnson) y Nestlé entre las más destacadas.

<sup>7</sup> CFR De Lara, Salvador R. México ante la crisis, el contexto internacional y la crisis económica. México. 1990, p. 219.

<sup>8</sup> Dra. Langer, Ana. Cuadernos de Nutrición. No. 9. México 1983, p.24.

"Estas compañías fabricantes de alimentos infantiles emplean la publicidad subliminal y la enajenación, haciendo creer a las madres que al comprar el producto lácteo su hijo recibirá mejores y óptimos beneficios para el desarrollo y crecimiento del bebé".<sup>9</sup>

Otra estrategia de que se valen dichas empresas, es la manipulación del personal médico con muestras de sus productos lácteos o recuerdos que obsequian a médicos de consultorios y hospitales, haciéndoles visitas de cortesía.

"De esta manera se promueve la venta de los productos lácteos más conocidos como leche asesina (Milk Murses)".<sup>10</sup> El mensaje subliminal consiste en hacer creer al cliente que el consumo de los productos lácteos de las marcas referidas significa prestigio.

Es importante que las madres de familia tomen en cuenta el valor que tiene para sus hijos el hecho de ser alimentados con la leche materna en virtud no solo del valor nutritivo contenido en la leche de la madre sino que el abstenerse de alimentar a los hijos con leche procesada por las grandes compañías procesadoras de alimentos para bebés representa evitarles a los niños la posibilidad de sufrir problemas nutricionales e incluso cierto tipo de infecciones.

La estrategia de mercado utilizada por las grandes empresas fabricantes de alimentos para bebés también incluye: ofertas, obsequios y promociones de sus productos apoyándose en grandes campañas publicitarias y acuerdos de colaboración con las tiendas de autoservicio que tienen mayor presencia en el mercado.

"Las ofertas llaman mucho la atención de las madres debido a que los fabricantes y centros comerciales ofrecen los productos lácteos a precios rebajados. Por otro lado, las promociones son atractivas porque en la compra de algún producto lácteo se incluye un biberón gratis. El interés de las empresas por incluir el biberón

---

<sup>9</sup> CFR Arana Cedeno, Marcos. Consideraciones biosociales de la lactancia materna. México. 1983,p.229

<sup>10</sup> Ibid. p.229

se debe a que este no solo inducirá a las madres a volver a comprar la leche procesada sino que además las convertirá en consumidoras frecuentes de la leche industrializada".<sup>11</sup>

Las consecuencias del consumo de leche procesada no se limitan al ámbito de la salud del bebé sino que se extienden al área económica sobre todo si se toma en cuenta a la población de bajos ingresos. En ese sentido las madres que adquieren el biberón y no cuentan con el dinero suficiente para adquirir la cantidad necesaria de leche procesada se ven en la necesidad de alimentar a sus hijos dándoles la leche en polvo más diluida y en ocasiones llegan al extremo de alimentar a sus hijos solo con agua endulzada con lo cual conducen al bebé hacia la desnutrición, se la agudizan o incluso le causan infecciones gastrointestinales por usar agua que no es potable y falta de higiene en el uso del biberón.

"Todo este tipo de prácticas ha llamado la atención internacional por el grave peligro que ellas representan para el estado nutricional de los infantes, debido al papel mercantilista y la actitud interesada frente al problema, por parte de la industria de alimentos infantiles. De tal forma que su papel lejos de estar en función de la alimentación y nutrición de los infantes, tiene objetivos puramente comerciales que han ocasionado un incremento importante de problemas nutricionales como el marasmo en países de África, Asia y América Latina a lo que se le conoce como desnutrición comerciográfica."<sup>12</sup>

Es importante saber como a través del consumismo las empresas transnacionales se valen de todos los medios posibles para conseguir que instituciones, médicos y pediatras, contribuyan a cumplir su objetivo de acaparar el mayor porcentaje del mercado y en consecuencia maximizar sus ganancias sin que les importe la salud del niño ocasionándole desnutrición y marasmo, "que es el resultado de una dieta inadecuada en proteínas y calorías. Se desarrolla generalmente después del nacimiento y se manifiesta como un estado crónico"<sup>13</sup> por el consumo de alimentos inadecuados. En el abandono de la lactancia materna y la consecuente desnutrición del bebé existen contradicciones en virtud de que a pesar de que las mujeres tienen su propia leche, compran productos sustitutos para alimentar a su hijo en la etapa lactante, influenciadas por la mercadotecnia que emplean las grandes empresas productoras de estos alimentos.

<sup>11</sup> CFR. Grupo Tercer Mundo. Las multinacionales de la alimentación contra los bebés. p. 69

<sup>12</sup> Arana Cedeno, Marcos. Consideraciones biosociales de lactancia materna. México. 1983, p. 229

<sup>13</sup> Latapí, Pablo. Educación y escuela. México. 1991, p. 220

Los niños consumidores de estos productos generalmente enferman, en una investigación realizada en la Universidad de Colombo, Sri Lanka en Asia, realizada por la profesora en pediatría Priyani E. Soysa, desde 1977, por la necesidad de examinar la lactancia y la nutrición infantil en el tercer mundo "En una submuestra de ochenta niños, estudiada durante cuatro a ocho meses. Se observó que de los niños alimentados solo con leche materna, 76% lograron 90% de la ganancia de peso esperado para los niños de su edad; entre los alimentados con fórmula láctea el 29% logró el peso esperado".<sup>14</sup>

En 1991 el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud, presentaron en México la iniciativa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre a fin de persuadir al personal del servicio de maternidad de los hospitales del mundo de promover el inicio de la lactancia materna durante la primera media hora después del parto, alojar conjuntamente a la madre y al niño y no dar al recién nacido ningún otro alimento o bebida que no sea leche materna a menos que este indicado por el médico.

Para fines de 1994 todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud deberían incorporarse al programa. En junio del mismo año, durante la Segunda Reunión de Seguimiento y Evaluación del Programa Nacional de Acción para el cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial a favor de la Lactancia, efectuada ante el presidente de México Lic. Carlos Salinas De Gortari; el director ejecutivo de UNICEF, Sr. James P. Grant presentó la iniciativa Hospital Amigo del Niño, preparada por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia con la finalidad de rescatar la práctica de la lactancia materna y promover la leche materna como alimento exclusivo del bebé durante sus primeros cuatro meses de edad.

\*En Europa se han realizado investigaciones sobre el consumo de la leche fabricada en los años 60<sup>15</sup> resultó que ésta había causado ciertas alteraciones en el desarrollo y vida del niño lactante. El número de defunciones eran dos o tres veces mayor en lactantes alimentados con leche en polvo, que en niños

---

<sup>14</sup> Becar Varela, Carlos. El arte de alimentar a su hijo. México. 1991, p. 14.

<sup>15</sup> CFR Arana, Cedeffo. Consideraciones biopsicosociales de la lactancia materna. México 1983. p. 231

alimentados con el seno materno. El abandono ocasiona la pérdida de defensas dejando al bebé desprotegido contra una gran cantidad de enfermedades gastrointestinales, respiratorias e incluso dentales.

Respecto a la madre es importante señalar que el hecho de que ésta abandone o interrumpa la lactancia facilita las condiciones propias para otro embarazo, agudizando las condiciones de pobreza o deteriorando el ingreso de las familias. Ya se mencionó que el consumo de la leche en polvo para alimentar al bebé no solo tiene repercusiones en la salud de este sino que además afecta a las familias de escasos recursos debido a que comprar este tipo de productos significa un desembolso significativo de dinero.

Los bajos ingresos de las familias y los precios altos de los productos lácteos generalmente conduce a las madres de familia a no respetar la dosis señalada por los médicos o pediatras terminando por recurrir a una mayor cantidad de agua para diluir la leche procesada ocasionando no solo la desnutrición citada sino peor aún llegando a complicar la salud de los bebés e incluso su muerte. A pesar de que se realizaron una serie de investigaciones en diferentes países del mundo demostrando el aumento de enfermedades infantiles relacionadas con la alimentación inadecuada y el consumo de productos químicos no se le daba la importancia que este asunto tenía.

"En este contexto se ocasionaron conflictos y una serie de polémicas en virtud de que la leche industrializada no cumplía con los requerimientos nutricionales adecuados para el niño e incluso a pesar de los desacuerdos existentes en la sociedad médica fue evidente que las deficiencias presentes en la alimentación con este tipo de leche era más preocupante en los países subdesarrollados que en los de Europa".<sup>16</sup>

Las madres de bajos recursos alimentan a sus hijos con leche en polvo sin cuestionar si esta cumple los requerimientos nutricionales necesarios para alimentar a sus hijos por la fuerte influencia que la publicidad que las empresas productoras de la leche industrializada hace de sus productos resaltando cualidades reales o supuestas que son atractivas para las madres.

Los pediatras también influyen determinantemente en la decisión de las madres de alimentar a sus hijos con leche en polvo, ya que las madres carecen de información para cuestionar la recomendación de los

---

<sup>16</sup> CFR, Ibid, p. 231

médicos de adquirir leche industrializada para la alimentación de los bebés o bien los médicos manipulan tal información a conveniencia de las empresas productoras de leche.

"El modelo médico tiene gran influencia en la atención del bebé, por lo que se contempla el contenido de los aspectos institucionales, de conocimiento y práctica médica, e ideológica que son parte de la formación del personal médico que tienen que ver con los procesos salud – enfermedad y nutrición – desnutrición."<sup>17</sup> En esta dirección los profesionales de la salud influyen en la lactancia, ya que los niños son sujetos a una valoración por especialistas. Para muchas personas no es fácil percibir el predominio de los aspectos económicos que muchas de las veces tienen tendencias comerciales y de ganancias.

En ese sentido, el Dr. Arana propuso el término nutrición comerciogénica que nos puede ayudar a comprender esta problemática, por lo que "surge en la literatura médica del mundo el concepto de nutrición comerciogénica para referirse a todos los problemas de desnutrición originados o favorecidos por el consumo de alimentos industrializados, entre los cuales se señala con mayor énfasis a los causados por la leche industrializada para la alimentación infantil".<sup>18</sup>

Un documento con el tema las transnacionales del polvo editado en "Consideraciones Biosociales de la Lactancia materna" por el Dr. Alberto Ysunza Orgazón en México en 1983, muestra la complejidad de los monopolios de las empresas transnacionales, de la que en el presente trabajo solo se extraen argumentos esenciales que ayudan a comprender como operan estas empresas.

Parte del control monopólico de la industria lechera se realiza a través de diferentes mercados, en los que las organizaciones comerciales juegan un papel muy importante en las instituciones de salud aparentando una prestación social, después del parto de la madre se le da una dotación de leche en polvo durante seis meses, predisponiendo a la madre a continuar con el consumo del producto, haciendo a un lado la alimentación con leche materna, de esta manera las empresas aseguran la venta del producto. Estas empresas

<sup>17</sup> CFR Ysunza Orgazón, Alberto. Consideraciones biosociales de la lactancia materna p. 272.

<sup>18</sup> Arana, Cedeño Marcos. Consideraciones biosociales de la lactancia materna. México. 1983. p. 232 16



de alimentos lácteos se inmiscuyen en muchos ámbitos, por ejemplo, financian programas de investigación científica, programas académicos, vetando la promoción de la alimentación con leche materna ya que en los programas de estudio de medicina las materias no contemplan la alimentación con seno materno por lo que en la práctica no se realiza la promoción de la alimentación con leche materna.

"Las transnacionales acaparan la atención de las autoridades de la salud interfiriendo en sus programas. Este es el caso de la empresa Nestlé que participo en el Plan Chontalpa en Tabasco, mediante inversiones que ayudarían a mejorar la comunidad, sus habitantes, que en su mayoría eran campesinos fueron despojados de sus parcelas que se convirtieron en tierras de pastoreo. Estas inversiones con alta tecnología ocasionaron desempleo, conduciendo a los habitantes de esa población a emigrar. El resultado de la acción de empresas transnacionales como Nestlé es que aumentan su poder económico ocasionando problemas sociales."<sup>19</sup>

Es evidente que la leche industrializada ocasiona desnutrición a los bebés que la consumen. Sin embargo, ello no significa que en todos los países donde las empresas transnacionales comercializan la leche en polvo el problema de la desnutrición sea el mismo, pues ya se explicó que es en los países de América Latina donde esta situación es más preocupante porque la combinación de precios altos, bajos ingresos y falta de agua potable en las zonas marginadas conducen a que las madres den a sus hijos la leche en polvo con una cantidad de agua mayor a la requerida por la fórmula láctea causando desnutrición y enfermedades gastrointestinales.

"En 1973, la revista *the New Internationalist*; publica por primera vez los efectos nocivos de las leches fabricadas, el artículo fue dirigido al público en general. Unos años después la organización británica *War on Want*, difunde una nota periodística, realizada por Michael Muller sobre la promoción y la comercialización de las fórmulas lácteas en países subdesarrollados".<sup>20</sup>

Las consecuencias señaladas fueron la desnutrición y mortalidad infantil. Siendo las compañías *Cow and Cate* y la *Nestlé* consideradas como las causantes de dicho acontecimiento según el artículo periodístico

<sup>19</sup> CFR Ysursa Orgazón, Alberto. Consideraciones biosociales de la lactancia materna p. 272.

<sup>20</sup> Arana, Cedeño Marcos. Consideraciones biosociales de la lactancia materna. México. 1983. p. 232

titulado "The Baby Killer."<sup>21</sup> Este artículo publicado en Inglaterra en 1974 ocasionó grandes polémicas en el futuro sobre este tema, que impulsaría el cambio de la estrategia comercial de los productos lácteos. La información sobre los problemas de la desnutrición y mortalidad ocasionados por la alimentación con leche procesada, por lo general eran del conocimiento médico y organismos internacionales quienes habían permanecido en el letargo hasta después de los artículos publicados. El tema causó tal expectación que las publicaciones fueron traducidas a varios idiomas y transferidas a otros países. En Berna, Suiza fue retomado con gran apego, traduciéndolo al alemán.

Esta publicación motivó el surgimiento de agrupaciones integradas por profesionistas y amas de casa con el fin de difundir información sobre este asunto al grado que tal informe se tradujo a otros idiomas "en Berna, el informe fue traducido en alemán bajo el título: Nestlé tötet kinder (Nestlé mata bebés), los responsables de esta traducción forman parte del grupo Arber tsgruppe Dritte Welt (Grupo de trabajo tercer mundo) conformado por estudiantes, investigadores y amas de casa".<sup>22</sup>

Esto fue tomado como una acusación grave y directa por la compañía Nestlé, que es la segunda empresa transnacional fabricante de alimentos del mundo y primera productora de fórmulas infantiles; misma que reaccionó demandando por difamación al grupo mencionado. Ante esta situación se generó dos posiciones diferentes ante los supuestos efectos nocivos de los alimentos industrializados. Surgieron dos propagandas en todo el mundo; una de ellas muy conservadora, favorecida por la empresa Nestlé y otras grandes compañías de la industria de alimentos y la segunda más liberal consistió en una postura crítica ante el problema producto de la opinión de científicos y de la población en general.

Estas dos posiciones diferentes respecto a la industria de productos lácteos sigue vigente máxime que se le siguen atribuyendo problemas de salud a dicha industria sin embargo; como "el organismo del mamífero

---

<sup>21</sup> Ibid. p. 232

<sup>22</sup> CFR Ibid. p. 232

recién nacido es muy vulnerable por la relativa inmadurez de su aparato digestivo, riñón, sistema nervioso y de su metabolismo en general<sup>23</sup> es razón suficiente para que el niño sea alimentado con leche materna por tratarse de un período crítico y delicado de su vida.

Ningún alimento puede sustituir la leche materna porque esta contiene los nutrientes necesarios para el desarrollo del bebé tales como las inmunoglobinas que lo protegen de enfermedades respiratorias, intestinales y diarreicas; además de que el aparato digestivo del recién nacido no tiene la madurez para digerir otro tipo de alimento distinto a la leche materna como es el caso de los sucedáneos que ocasionan problemas a la salud del niño.

El problema descrito condujo a la empresa transnacional Nestlé a enfrentar a las autoridades de Suiza en un juicio que se desarrolló en Berna en 1974. Aunque dicho proceso se complicó, este fue ganado por la empresa que fue reconvencida por un juez que al dictar sentencia estableció que "la compañía debía de reconsiderar sus políticas publicitarias y modificar sus mecanismos de comercialización para evitar que sus productos tuvieran efectos letales y pudiera acusarse a la Nestlé de una conducta inmoral".<sup>24</sup>

Estos acontecimientos también condujeron a la publicación del libro *The Baby Killer*, que aumentó aún más el interés de la población en general por el tema del crecimiento saludable de los bebés lactantes. La información contenida en este libro fue útil para la población de escasos recursos de los países subdesarrollados.

"Como respuesta a lo anterior en 1975, en Estados Unidos se forman grupos que se manifiestan y unen al boicot contra la Nestlé. El apoyo de Estados Unidos y los países europeos unidos al boicot es franco y decisivo permitiendo la formación de la organización llamada *Infant Formula Actino Coalistación (INFACT)*".<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> CFR *Ibidem* p. 233

<sup>24</sup> *Ibid.* p. 234

<sup>25</sup> CFR *Ibid.* p. 236

Estos sucesos fueron importantes en Europa porque hicieron reaccionar a los consumidores y en particular a las madres de familia que al tomar conciencia de los efectos negativos derivados de la alimentación de los bebés con leche industrializada modificaron su actitud ante la lactancia materna revalorizándola. En cambio, el mercado latinoamericano fue objeto de la agudización de la lucha entre las grandes empresas fabricantes de productos lácteos sobre todo las norteamericanas como Bristol Mellers, Abbot, American Home y Productos Corporación.

Los productores de leche procesada para bebés introdujeron esta al mercado de los países en desarrollo y consiguieron que sus ventas y ganancias crecieran aceleradamente como lo evidencia las exportaciones que pasaron de \*12.5 millones de dólares en 1969 a 31.3 millones en 1973 en ventas de leches procesadas como Similac e Isomil; otros fabricantes como Meed Jhonson aumentaron sus exportaciones de leche infantil de 10 millones de dólares en 1969 a 400 millones de dólares en 1974; manteniéndose la empresa Nestlé como la principal productora de alimentos lácteos siendo Latinoamérica el principal destino de sus exportaciones desde 1920 y su mercado más grande lo integran Brasil y México que absorben el 80% del producto de ésta marca".<sup>26</sup>

Los problemas relacionados con este tipo de productos sustitutos de la leche materna que en su mayoría son de origen extranjero reside precisamente en el hecho de que al ser un producto procesado tiene las características de una industria compleja donde lo importante es producir para vender siguiendo la lógica de cualquier empresa capitalista. El éxito de las empresas transnacionales reside en haber hecho desaparecer a las pequeñas empresas fortaleciendo su control del mercado de leche en polvo.

La situación de los países subdesarrollados y en particular de México es preocupante debido a que nuestro país es uno de los que han experimentado los cambios más drásticos en los patrones de lactancia que se manifiesta como un problema de dimensión internacional. En las investigaciones del grupo mencionado se indica que las ventas de la empresa Mead Jhonson en Estados Unidos bajaron considerablemente, razón que la motivo a introducir sus productos al mercado mexicano a partir de 1974 obteniendo notables ganancias.

---

<sup>26</sup> CFR Grupo Tercer Mundo. p. 18

### 1.3 MODIFICACIONES EN LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL EN MÉXICO

A partir del periodo presidencial de Lázaro de Cárdenas 1934 – 1940 se desarrolló un extenso trabajo que beneficio considerablemente a la población atendiendo ciertas reclamaciones de justicia social mediante la creación de diversas instituciones a través las cuales "se sentaron las bases políticas, económicas y sociales que permitieron iniciar el despegue industrial del país, principalmente por la nacionalización de la industria petrolera y la reforma agraria".<sup>27</sup>

Se presentaron distintos cambios en el ámbito político y económico que permitieron el progreso del país en un ambiente en el que constantemente se presentaban crecientes demandas de carácter social entre las que se encontraba las relacionadas con la población infantil. Desde esta época la atención que requería y demandaba la población infantil fue objeto de estudio por parte de las autoridades de nuestro país y de los profesionales interesados o relacionados con el tema.

"Dichos estudios hicieron evidente el preocupante nivel que habían alcanzado las tasas de mortalidad infantil ya que en la década de los treinta la tasa bruta de mortalidad en México era de 25.6 por millar, porcentaje apenas ligeramente inferior al correspondiente a Guatemala cuya tasa era de 28.4 y más del doble de la de Estados Unidos que tenía una tasa de mortalidad infantil de 11.0; esta disparidad entre la mortalidad infantil entre México y otros países era más notable respecto a los países bajos cuya tasa era superada por la de nuestro país por casi el triple. Por lo que mira la mortalidad infantil, 244 por mil nacidos, se morían en México antes de su primer año."<sup>28</sup>

Para ofrecer seguridad social se creó la infraestructura que permitiera ofrecer los servicios médicos que demandaba la población mediante la construcción del hospital de la Raza y el edificio central de Paseo de la Reforma junto con una serie de unidades hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social.

<sup>27</sup> Moreno Cueto, Enrique. Et. Al. Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México. p. 46

<sup>28</sup> CFR Ibid. p. 40

El servicio materno infantil que se brinda por medio de los hospitales privados y de instituciones de gobierno como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) y los servicios médicos de Pemex se distingúan porque ofrecían una atención hospitalaria que es definida como "el modelo médico hospitalario tradicional"<sup>29</sup> cuyo distintivo propio de la época era la alimentación con leche industrializada relegando casi totalmente la alimentación con leche materna.

Por otra parte, la mayoría de las mujeres atendidas en los hospitales de principios del siglo XX, eran conducidas a una sala de maternidad en la cual la madre y el infante eran separados después del parto; tal como lo señala Elizabeth Helesig de la dirección de salud pública de Oslo Noruega al indicar que en los países ubicados en el norte de Europa con excepción de Holanda "la mayoría de las madres dan a luz en hospitales o maternidades donde son sometidas a los procesos ordinarios de la sala de maternidad, que normalmente incluyen la separación entre la madre y el infante durante algún tiempo después del parto."<sup>30</sup> La decisión de separar a la madre del hijo también está relacionada con la consideración del personal médico de que ello facilita la atención de madre e hijo al ser canalizados a diferentes servicios.

"Un análisis de maternidad en Noruega indica que en 1973 en el 50% de los nacimientos el tiempo que se permitía estar juntos a la madre e hijo era mínimo, [...] tampoco se estimula a la madre a alimentar al infante con la frecuencia que lo demande durante ese período de interacción".<sup>31</sup>

A nivel mundial la rutina de los hospitales generalmente incluyen la alimentación artificial de los recién nacidos ofrecidos en los servicios de pediatría desligados de la gineco-obstetricia, obstaculizando el contacto entre la madre y el niño. Esto sucede debido a que atendido el parto se informa a la madre sobre las condiciones del recién nacido para ser ubicados en salas diferentes independientemente de que el estado del bebé sea o no satisfactorio.

---

<sup>29</sup> Ibidem. p. 13

<sup>30</sup> Becar Varela, Carlos. p. 68

<sup>31</sup> CFR. Arana Cedeño. p. 241

"La rutina del médico en el hospital generalmente incluye la dosificación y promoción de la leche en polvo. Esta actividad era común, ya que la preparación profesional de los pediatras en las universidades mexicanas abordaba la alimentación con seno materno en forma superficial, no se enseñaban técnicas de alimentación con seno materno y mucho menos como resolver problemas que fueran consecuencia de esta práctica. Sin embargo; se enfatizaba la atención a las fórmulas de leche artificiales pues los libros incluían más información sobre las fórmulas que de la lactancia natural".<sup>32</sup>

La alimentación del recién nacido durante su estancia en el hospital se basaba en la leche industrializada; que en ocasiones era precedida por un lavado gástrico o ayuno por tiempo determinado seguido de una prueba de tolerancia oral con solución glucosa o té. Por su parte el personal de enfermería se encargaba de dar el biberón al bebé, cambiar los pañales y en general atender la higiene y cuidados del niño.

"Un contrato firmado por el IMSS y la compañía paraestatal Liconsa: leche industrializada Conasupo S.A. señala que durante los tres primeros meses de 1981 esta institución adquiría 8 millones de latas de leche en polvo para niños con un valor de 20 millones de pesos para cubrir el 70% de sus necesidades. Los 2 millones 400 mil latas restantes se adquiría de Nestlé Wales, [...]".<sup>33</sup>

Lo anterior hace evidente que las mismas instituciones de salud en México han propiciado la creciente desvinculación entre la madre y el hijo recién nacido ya que en vez de fomentar la lactancia materna instituciones como el Seguro Social establecen contratos de abastecimiento de leche en polvo que seguramente no solo representan atractivas ganancias para la empresa proveedora sino también algún beneficio para el personal de compras de tal institución sin importar el daño financiero que se causa al Seguro y la falta de interacción entre madre e hijo.

Ante la grave situación generada por el abandono de la lactancia materna que ha perjudicado sustancialmente la salud de los bebés en nuestro país; la Secretaría de Salud, por medio de la Dirección

<sup>32</sup> Becar Varela, Carlos. El arte de amamantar a su hijo. 1999. p. 69

<sup>33</sup> Arana, Cedeño Marcos. Consideraciones biosociales de la lactancia materna. México. 1983. p. 232 16

General de Salud Materno Infantil instituyó el Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre con el acuerdo y apoyo técnico y financiero del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud para realizar las acciones propias del programa que sería operado por la Secretaría de Salud haciendo énfasis en el fomento de la lactancia materna.

Estas acciones son muy importantes ya que en opinión de la UNICEF el abandono de la lactancia materna es un factor importante en la muerte de por lo menos un millón de niños al año en el mundo indicando que los niños que sobreviven a pesar de no ser amamantados sufren deficiencias en su crecimiento y desarrollo. La atención del niño y de la madre ha ido cambiando al imponerse la perspectiva de que ambos están íntimamente relacionados conduciendo a que la madre y el bebé sean objeto de estudio en el ámbito de la pediatría, nutrición, ginecología y trabajo social. Sin embargo, ninguna de ellas aborda su estudio en su totalidad como se requiere hacer al referirse a la alimentación con seno materno.

En Europa y América Latina se ha venido dando el regreso hacia la alimentación con el seno materno en un contexto en el que en 1979 la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia realizó una evaluación del alojamiento conjunto de la madre y del bebé así como del amamantamiento desde el nacimiento del niño.

De acuerdo con la estrategia seleccionada se decidió establecer un Hospital Amigo del Niño y de la Madre, de la Secretaría de Salud en cada uno de los 31 Estados de la República Mexicana y 4 en la ciudad de México debido a la concentración poblacional que esta tiene. Con esta opción se buscó instalar en la capital de cada Estado un centro de capacitación que además demostrara las ventajas de la iniciativa. En 1991 se inscribieron en el programa 35 hospitales de la secretaria de salud, 3 del IMSS, 3 del ISSSTE, uno de Petróleos Mexicanos, 2 de la Secretaría de Marina, 1 de SS DDF y 1 de la SEDENA. De estos 46 hospitales, 30 han sido reconocidos como Hospitales Amigos del Niño y de la Madre y de ellos sólo cinco cuentan con la placa correspondiente.



El Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre estableció un modelo de atención hospitalaria cuya orientación pretende que la madre y el niño reciban servicio de calidad y con calidez siendo uno de sus ejes fundamentales la lactancia materna para impulsar la mejor alimentación del bebé y el alojamiento conjunto de tal manera que el recién nacido reciba los beneficios de la leche materna al tiempo que se fortalece la integración afectiva entre la madre y el hijo.

"Las características del Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre son las siguientes:

- Se aplica en todos los estados de la república
- Establece acuerdos de colaboración con todas las instituciones pertenecientes al sistema nacional de salud
- Refuerza los sistemas de entrenamiento para los profesionales de la salud involucrados en la atención materno infantil.
- Promueve hospitales modelo para la difusión del programa con énfasis en la lactancia materna.
- Contempla el desarrollo de un sistema de información y comunicación masiva a nivel nacional.
- Cuenta con el apoyo de las empresas fabricantes de fórmulas infantiles para la supresión de la distribución gratuita y las ventas a bajo precio de sucedáneos de leche materna
- Cuenta con materiales de capacitación en lactancia materna para hospitales que se integren al programa y para hacer utilizados en otros niveles de atención.
- Fortalece vínculos con los centros de educación superior para asegurar el manejo adecuado de la lactancia materna en los programas de estudio.
- Promueve el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna en cada hospital.<sup>34</sup>

Como resultado de todo el trabajo realizado para reforzar la lactancia materna en México el programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre permitió la creación del Centro Nacional de Lactancia Materna siendo inaugurado el 18 de Mayo de 1992. En dicho centro se contempló la creación de bancos de leche materna y calostro (primera leche después del parto) en algunos de los hospitales como una medida que permitiría a las

<sup>34</sup> CFR Secretaría de Salud. Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre 1992. p. 8

madres conocer el procedimiento para realizar la extracción manual de la leche y la forma de mantener su producción durante la hospitalización del niño; hecho vital para el caso de los niños prematuros.

El hecho de tener que realizar este tipo de programas y acciones realmente refleja el grado al que había llegado el abandono de la lactancia materna y la influencia que adquirieron las empresas transnacionales quienes llegaron a tener bancos de leche en los hospitales de México. Es importante señalar que el banco de leche que existía en las unidades hospitalarias almacenaba la leche de fórmula porque el servicio médico proporcionado a la madre y al hijo hacía que se les mantuviera separados después del parto impidiendo que el bebé recibiera el calostro y fuera alimentado con el seno materno desde su nacimiento. Por tales razones las actividades de los hospitales contemplaban proporcionar los productos lácteos de su banco de leche a los bebés convirtiéndose en el primer alimento de los recién nacidos en el servicio de pediatría donde el niño y la madre no tenían contacto hasta que ambos eran egresados a diferencia de lo que sucedía con los bebés del servicio de pediatría y las madres del servicio de gineco-obstetricia.

Los bancos de leche en polvo fueron un apoyo en la alimentación al bebé durante su estancia hospitalaria en el IMSS, ISSSTE y PEMEX entre otros para posteriormente continuar con este tipo de dieta e incluso cuando los bebés eran dados de alta, "existían reglamentos de las instituciones que indicaban que se obsequiara una dotación de leche en polvo durante seis meses".<sup>35</sup> En la actualidad la expresión banco de leche se refiere a los servicios especiales establecidos para facilitar la lactancia en mujeres con niños enfermos y prematuros en la sala de cuna de los hospitales. El costo de operación de los bancos de leche es variable. Por ejemplo en 1977, "en el Seguro Social se atendieron 461 mil 520 partos de los cuales el 30% de las mujeres atendidas demandaron una dotación de leche durante seis meses, y el precio de esta fue menor en un 30% al vigente en el mercado, tenemos que el gasto de leche en polvo para 1977 fue alrededor de 314 millones de pesos, lo cual probablemente haría del IMSS el cliente más importante de las grandes compañías productoras de leche en toda Latinoamérica y quizá del mundo, [...] el ISSSTE y PEMEX otorgaban dotaciones similares de leche en polvo".<sup>36</sup>

<sup>35</sup> Grupo Tercer Mundo. p. 21

<sup>36</sup> Ibid. p. 21

## 1.4 LA MUJER EMBARAZADA Y LACTANTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO 1989 - 2000

El origen de la política social en Europa en las últimas décadas del siglo XIX se debió a la necesidad de "moralizar la economía liberal tratando de evitar las consecuencias sociales de la revolución industrial."<sup>37</sup> desde esta época se reconoce por parte del Estado que la población más afectada y vulnerable de la sociedad civil tiene derecho a la protección de este.

La política social se ha ido adoptando en muchos países del mundo y en general consiste en ofrecer a la población servicios sociales como salud, educación, etc. En México, como producto de la revolución, la Constitución de 1917, reconoce como derechos sociales individuales el acceso a la educación y la salud. Sin embargo, actualmente la economía de libre mercado ha generado controversias acerca del mantenimiento de los servicios sociales destinados a procurar el bienestar de la población, sobre todo de la más vulnerable como los menores de edad y la mujer.

En el Plan Nacional de Desarrollo del periodo presidencial 1989 – 1994 del Dr. Carlos Salinas de Gortari se mencionaron tres grupos de usuarios de los servicios de salud. Los beneficiarios del régimen de seguridad social, que son individuos con un trabajo formal, las personas que cuentan con ingreso económico suficiente para disponer de servicio médico particular y la población objeto de este trabajo que es la que requiere la atención del Estado en materia de salud. Este grupo de la población no está afiliada a ningún servicio de salud y está integrada por campesinos, desempleados, pequeños comerciantes, trabajadores artesanales, trabajadores informales, población rural y quienes no cuentan con un salario formal.

Por su parte el Plan Nacional de Desarrollo del Ex Presidente Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León periodo 1995-2000 manifiesta "las instituciones de nuestro sistema de salud están segmentadas y centralizadas, sin líneas bien definidas para una coordinación eficaz entre ellas. Cada institución realiza por separado acciones normativas, financieras y de servicios sin que exista un marco que garantice la congruencia de las acciones y evite la duplicidad."<sup>38</sup>

Las demandas en materia de salud no son satisfechas y es probable que se deba a la falta de una verdadera política que garantice la atención a los problemas de salud e impida la reducción del gasto público. Desde el gobierno del Dr. Carlos Salinas de Gortari, en la política contenida en el Plan Nacional de Desarrollo se menciona que una de sus estrategias es "mejorar la calidad del servicio, atenuar desigualdades sociales,

<sup>37</sup> Enciclopedia Encarta 1998

<sup>38</sup> Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León. Plan Nacional de Desarrollo. Ed. Poder Ejecutivo Federal. México. 1995 p. 93

modernizar el sistema de salud , descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud, con la atención permanente en todas las etapas del proceso, que va desde la asistencia medica, hasta la solución de los motivos de la consulta, atendiendo las desigualdades sociales y modernizando el sistema de salud incluyendo la descentralización de los servicios.<sup>39</sup>

La intención de la política de salud del Dr. Carlos Salinas de Gortari de mejorar la atención y descentralizar el servicio se cumplió relativamente persistiendo la falta de acceso al servicio de la población que difícilmente se puede desplazar por razones geográficas o de falta de comunicación. En este caso es importante la innovación en el servicio realizada por el programa IMSS-Solidaridad para proporcionar el servicio de primer nivel a la población abierta.

Por su parte, la política de salud del Presidente Zedillo 1995-2000 reitera su trabajo destinado a comprometer a la población a participar en la solución de los problemas de salud mediante programas como "la salud empieza en casa" para fortalecer la cultura de la salud mediante acciones concretas como la cartilla de vacunación infantil que es un beneficio efectivo que beneficia a la población infantil, aunque comparado con las necesidades es un avance mínimo.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el Dr. Zedillo señala "Es urgente reformar nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población, satisfacer a los usuarios y evitar dispendios trabajando hacia la nueva organización del Sistema Nacional de Salud de manera que este incorpore a más población a quien se le garantice un paquete básico de servicios de salud."<sup>40</sup>

Para proporcionar el servicio médico se menciona que el paquete básico es un conjunto de intervenciones básicas para la población abierta a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación dirigida al individuo, familia o comunidad. Los servicios proporcionados por la secretaria de salud incluyen el saneamiento básico a nivel familiar, manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar, tratamientos parasitarios a las familias, identificación de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de tuberculosis pulmonar, prevención, control de hipertensión arterial y diabetes mellitus, inmunizaciones, vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño, servicios de planificación familiar, atención prenatal del parto y puerperio, prevención de accidentes, manejo inicial de lesiones y detección oportuna de cáncer cervico-uterino.

Estos servicios ya eran proporcionados anteriormente, pero su promoción mediante el paquete básico ha resultado más practico y útil para los usuarios pues la ignorancia de la población marginada le impide participar en los programas de atención básica de la salud sin que se haga una adecuada promoción de ellos. La atención e información que las mujeres reciben durante el embarazo, al momento de dar a luz o en los

<sup>39</sup> Dr. Carlos Salinas de Gortari. Plan Nacional de Desarrollo. Ed. Poder Ejecutivo Federal. México. 1989 p. 104

<sup>40</sup> Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León. Plan Nacional de Desarrollo. Ed. Poder Ejecutivo Federal. México. 1995 p. 93

primeros meses que amamantan a sus hijos es determinante en la salud de madre e hijo. En este sentido, este trabajo aborda la trascendencia de la política social en la madre y el hijo; ya que es importante la acción del gobierno mediante programas destinados a apoyar a las mujeres de escasos recursos que sufren problemas de salud y alimentación porque no tienen acceso a los programas de este tipo que en ocasiones carecen de la cobertura necesaria o les falta promoción.

Es trascendental que la población femenina e infantil se beneficie de la planificación familiar como vía para reducir la fecundidad y mejorar sus condiciones de vida. En virtud de ello en este capítulo se revisa la atención e instrucción que sobre gestación y lactancia el Dr. Zedillo propuso en el Programa Nacional de la Mujer, lo mismo que en el Programa de Atención a la Salud del Niño que operaron a nivel nacional en la década de los noventa, además del Programa Sectorial de Salud y Alimentación que actualmente se aplica en el Estado de Puebla, a fin de conocer la estrategia del gobierno federal estatal y sugerir alternativas.

La propuesta del Dr. Zedillo en materia de salud durante su gobierno consistió en descentralizar y reorganizar los servicios médicos para mejorar las condiciones de salud de la madre y el niño a través de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y en particular del Programa de Salud Materno Infantil de la Secretaría de Salud. Estas acciones fueron destinadas a ampliar la cobertura de servicios que favorecen el éxito de la salud reproductiva, alimentación y nutrición para lo que se propuso ayudar en la educación a las mujeres con programas como "la salud empieza en casa" y el establecimiento de un esquema básico de vacunación que consiste en ocho dosis de vacunación que protege a niños menores de cinco años contra difteria, tétanos y tosferina, sarampión, poliomielitis y tuberculosis (sabin, DPT, BCG y antisarampión).<sup>41</sup>

La importancia de la descentralización de los servicios médicos radica en que hace posible atender a una mayor población, aunque los niños y mujeres de las comunidades rurales siguen siendo los menos beneficiados por la política de salud de Zedillo que en general se fijó como objetivos; la promoción y protección de la salud reproductiva, reducción de la mortalidad materno infantil, prevención y disminución de los riesgos de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; considerando que promoviendo la salud reproductiva se promueve la lactancia materna.

---

<sup>41</sup> Ajuste económico y política social en México. México. P. 137

## 1.4.1 LA POBLACIÓN FEMENINA EN MÉXICO

Según el XI Censo General de Población y Vivienda, la población de nuestro país en 1990 era de 81 millones 249 mil mexicanos aproximadamente, correspondiendo de estas cifras, 4 millones 126 000 personas al Estado de Puebla. De dicha población nacional, 39 millones 894 mil eran hombres y 41 millones 355 mil eran mujeres y en el estado la población masculina era de 2 millones 8 mil hombres y 2 millones 117 mil mujeres aproximadamente.

La dinámica demográfica del país condujo a que en sólo cinco años la población total aumentara en 10 millones de personas aproximadamente, ubicándose en 91 millones 158 mil personas en 1995. De tal cantidad, alrededor de 44 millones 900 mil eran hombres y 46 millones 257 mil eran mujeres. Respecto al Estado de Puebla, en este año la población había llegado a 4 millones 624 mil personas, el número de hombres giraba en torno a 2 millones 253 mil hombres y 2 millones 371 mil mujeres aproximadamente.<sup>42</sup> Según estimaciones del Consejo Nacional de Población en 1999 el Estado de Puebla tenía una población de 5 millones 59 mil 726 habitantes que representaban el 5.07% de la población total del país. Esta población se distribuye en 217 municipios y 6 216 localidades. Una característica de la población femenina en México es que las mujeres menores de 15 años en 1995 eran aproximadamente 16.3 millones de personas, las mujeres en edad productiva (de 15 a 64 años) eran 27.8 millones y las de la tercera edad ascendían a 2.4 millones.<sup>43</sup>

El Programa Nacional de la Mujer hace referencia a la necesidad de dar atención a la mujer indígena y rural en vista de que sus condiciones económicas y sociales hacen muy vulnerables a las mujeres lactantes y gestantes de estos sectores de la población. "En 1990, la población rural definida como aquella que reside en localidades con menos de 2 500 habitantes, representaba alrededor de 28.7% de la población total. Esta población tiene en general un acceso limitado a los servicios básicos y la mayoría vive en condiciones de pobreza y marginación, las cuales inciden principalmente en las mujeres. La precariedad de las viviendas rurales y la falta de servicios repercuten en sus condiciones de vida y de salud, lo que hace más larga y ardua su jornada de trabajo".<sup>44</sup>

La problemática de la mujer indígena es otro perfil del asunto por que sufre la degradación por los usos y costumbres de la cultura de sus comunidades, "la población indígena representa casi 8% de la población total de México, lo que corresponde a poco más de 7 millones de personas, de las cuales la mitad son mujeres. Esta población vive en su mayoría en localidades rurales dispersas. Comparte con la población rural la falta de

<sup>42</sup> Estados Unidos Mexicanos. Resultados definitivos. Tabulados básicos. INEGI México. 1995.p 569

<sup>43</sup> Poder Ejecutivo Federal. Alianza para la Igualdad. Programa Nacional de la Mujer 1995-2000.p.11

<sup>44</sup> Ibid. p. 33

acceso a servicios y bienes, aunque su situación de rezago es mucho más aguda".<sup>45</sup> Estas características de la mujer indígena reflejan que aún es más difícil atender a este sector de la población femenina que aquellas mujeres pertenecientes a otros sectores de la población en vista de los diversos obstáculos de carácter educativo, cultural y de lengua que hacen difícil beneficiarlas por la falta de vías de comunicación y escasos y lejanos servicios de salud respecto al lugar donde viven.

La estructura de la población femenina en México permite entender la complejidad de los problemas que las mujeres gestantes y lactantes enfrentan pues "la población de entre 15 y 24 años de edad constituye una proporción considerable y creciente de la población total del país. En 1970 este grupo representaba alrededor del 18.2% de la población total, en tanto que en 1995 su peso relativo se incrementó a 21.2%, lo que corresponde a un total de 19.5 millones de personas de las cuales la mitad son mujeres".<sup>46</sup> Obviamente esto ilustra el tamaño del reto que significa trabajar con un sector de la población que seguramente en nuestros días ha aumentado y que requiere disponer del conocimiento e instrucción en materia de salud reproductiva no solo como instrumento de prevención de enfermedades y muertes relacionadas con la maternidad sino para reducir la fecundidad.

Lo anterior es muy importante porque el Programa Nacional de la Mujer 1995 – 2000 señala que las mujeres mexicanas establecen su primera unión marital a una edad promedio de 18.4 años, situación que ha cambiado poco en los últimos 15 años. Por otro lado las mujeres que viven en áreas rurales generalmente se casan o se unen con su pareja un año antes que las mujeres del medio urbano, aunque existen estados donde la uniones maritales se dan mucho antes de que las mujeres cumplan la mayoría de edad como sucede en Chiapas, Guerrero y Oaxaca.<sup>47</sup>

## 1.4.2 ENFERMEDAD Y POBREZA: SITUACIÓN DE LA MUJER EN MÉXICO

Los esfuerzos por cumplir la demanda de mejoramiento de las condiciones de vida de la mujer, en muchas ocasiones son frustrados por la pobreza que afecta más a la mujer. Florinda Riquer Fernández y Josefina Pantoja en el tomo II del libro "Los Rostros de la Pobreza" hablan de que "para mostrar que la pobreza afecta más a la mujer y dada la dificultad de disponer de información al respecto sugieren que se pueda recurrir a los indicadores del grado de desarrollo de un país como el analfabetismo, esperanza de vida e ingreso."<sup>48</sup>

<sup>45</sup> Ibid. p. 36

<sup>46</sup> Ibid. p. 37

<sup>47</sup> Ibid. p. 39

<sup>48</sup> CFR. Gallardo, Rigoberto y Osorio Joaquín (coords) Los rostros de la pobreza. Tomo II. Univ. Ibero. México. 1998. p.81

En este sentido estas autoras mencionan que "al final del siglo XX la mayoría de los analfabetos son mujeres y ellas perciben menores ingresos que los hombres por realizar el mismo trabajo. También indican que en México, en 1995, entre la población mayor de 15 años, ocho de cada 100 varones y 13 de cada 100 mujeres eran analfabetos; además, que en ese mismo año, cerca del 50% de los trabajadores hombres y mujeres a nivel nacional percibían entre menos de uno y de uno a dos salarios mínimos y que cerca de 25% de las mujeres percibían menos de un salario mínimo, porcentaje mayor al 17% correspondiente a hombres."<sup>49</sup>

Basándose en estas cifras señalan que la pobreza tiene cara de mujer, quien vive y sufre enfermedades relacionadas con la reproducción y el acceso limitado de esta a los servicios de salud y el bajo grado de escolaridad con graves consecuencias para su salud y la del bebé. En consecuencia, se requiere el mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios ofrecidos a las usuarias junto con la información y promoción de los programas; además, de la educación a las mujeres fomentando la cultura de control médico a temprana edad para resolver los problemas no solo con soluciones de emergencia o contingencia.

En un documento titulado Promoción y Prevención de la Salud Materno - Infantil publicado en 1990 el Dr. Héctor Ávila Rosas colaborador del Instituto Nacional de Nutrición señaló que "el éxito de los programas de atención primaria en salud materno-infantil depende de las medidas de promoción y de prevención específica que se aplique, así como de que sean oportunas."<sup>50</sup> cabe mencionar que los programas de salud materno infantil de los que habla el autor son llevados a cabo como experimento y la atención no es igual para toda la población ya que las mujeres de áreas rurales reciben una atención de menor calidad.

La pobreza afecta especialmente a las mujeres gestantes y lactantes por las graves consecuencias para su salud y la del bebé. Por lo anterior, a continuación se describen las cuestiones generales de carácter educativo, empleo y salud que afectan a la mujer en México, destacando los avances, dificultades y situación que en dicha materia reconoce el gobierno y programas del periodo 1989-2000.

### 1.4.3 EDUCACIÓN

En materia educativa debe reconocerse que la instrucción y capacitación de la mujer influye en su provecho, de sus hijos, su familia y de la sociedad en su conjunto. Sin embargo; existen elevados niveles de analfabetismo a pesar del avance en el acceso de la mujer a todo los niveles del sistema educativo nacional, como lo demuestran los datos de 1992 citados por el programa nacional de la mujer que señala "El analfabetismo es más frecuente en las mujeres que en los hombres ya que en el caso de estas dicho indicador

<sup>49</sup> CFR Ibid. p. 81

<sup>50</sup> Rosas Ávila, Héctor. Et. Al. La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos. México. 1990. p 83



se ubica en 15.2% y en el caso de los hombres en 9.8% de la población de 15 años y más. El atraso de la mujer en materia educativa es muy evidente ya que de 3 adultos analfabetas 2 son mujeres".<sup>51</sup>

El Programa Nacional de la mujer señala que en 1990 en el ámbito de la educación primaria las diferencias entre niños y niñas son poco significativas a nivel nacional pues "la asistencia escolar de la población de entre 6 y 14 años de edad solo presenta pequeñas diferencias entre mujeres y hombres, y abarca alrededor del 90% de la población de ambos sexos."<sup>52</sup> A este nivel, las diferencias entre hombres y mujeres no son preocupantes y por ello no se expresan en desventaja para las mujeres. "Sin embargo, a partir de los 10 años y hasta los 14 es sistemático el incremento de las diferencias entre el alumnado masculino y el femenino. A los 14 años el 32.5% de las niñas y el 27.5% de los niños ya no asiste a la escuela."<sup>53</sup>

Los datos disponibles indican que la desigualdad educativa entre hombres y mujeres se aprecia en el hecho de que en 1990 por cada 100 hombres sin primaria completa había 120 mujeres. Otro indicador de la desigualdad entre ambos sexos se aprecia en la matrícula de la enseñanza secundaria que ha crecido notablemente. "Aunque la asistencia de las mujeres a la secundaria continúa siendo inferior a la de los hombres, se muestran cambios importantes a favor de las mujeres: en el período 1981-1994, la relación de mujeres por cada 100 hombres pasó de 89 a 96"<sup>54</sup>

En el ámbito del aprovechamiento de la oferta educativa por parte de hombres y mujeres y en consecuencia de la trascendencia de la educación como fuente creadora de oportunidades para mejorar las condiciones de vida de la población tenemos que "de acuerdo con los resultados del censo de 1990, del total de mujeres de 20 años o más, el 5.5% había cursado algún grado de secundaria. Hace más de 20 años esa proporción constituía poco menos del 1%. En relación con las carreras técnicas o comerciales es muy extendido el estereotipo de considerarlas como carreras para mujeres, por lo que no sorprende constatar en ellas una considerable presencia femenina".<sup>55</sup> La presencia femenina también es mayoritaria en la normal básica.

En este contexto, es un reto superar la situación que viven las mujeres en materia educativa en el medio rural puesto que en 1990 "30% de las mujeres rurales de 15 años o más no saben leer ni escribir. Mientras en el conjunto del país nueve de cada diez niñas de 6 a 14 años asisten a la escuela, en el medio rural solo lo hacen tres de cada cuatro."<sup>56</sup>

Los problemas en torno a la desigualdad de la mujer no solo se dan en la educación, empleo o salud; pues estos solo son eslabones de la situación que la profesora Florida Riquer Fernández, investigadora de la

<sup>51</sup> Poder Ejecutivo Federal. Alianza para la Igualdad. Programa Nacional de la Mujer 1995-2000.p.13

<sup>52</sup> Idem. p. 15

<sup>53</sup> Idem. p. 15

<sup>54</sup> Ibid. p. 16

<sup>55</sup> Ibid. p. 16

<sup>56</sup> Ibid. p.14

Universidad Iberoamericana estudia desde 1983, partiendo del análisis de la desigualdad de género y pobreza mencionando que "a las mujeres se les sigue formando para que se hagan cargo, centralmente de tareas domésticas que no son remuneradas, [...] la división sexual del trabajo es un excelente mecanismo de control de la capacidad productiva, reproductiva y afectiva de la mujer y un medio para mantener su dependencia"<sup>57</sup> es comprensible que la mayoría de las mujeres desde muy temprana edad van teniendo limitaciones. En este sentido la dependencia frena la posibilidad de permanecer en la escuela y por consiguiente su futuro se ve amenazado con la pérdida de oportunidades de tener un trabajo y acceder a la participación social y política por que la mujer tiene menos posibilidades de ejercer sus derechos. Esta referencia ayuda a comprender los siguientes apartados.

#### 1.4.4 TRABAJO

Es prudente destacar que la situación de la mujer en materia laboral es producto de su orientación hacia actividades que desempeñan mujeres que incluso tienen grados profesionales y se restringen a determinadas ramas, ocupaciones específicas o ciertas categorías que son menos valoradas social y económicamente. En consecuencia el mejoramiento de las condiciones de vida de la mujer y en particular de las embarazadas y lactantes requiere que tengan acceso a educación profesional libre de prejuicios y discriminaciones, que en sus contenidos, textos, materiales y métodos pedagógicos transmita y refuerce valores, actitudes e imágenes no sexistas.

Las condiciones de vida de las mujeres están fuertemente relacionadas con las oportunidades u opciones de trabajo; la profesora Florida Riquer Fernández investigadora de la Universidad Iberoamericana menciona que, "En el estudio de García y Oliver (1994: 197-242) se muestra que cuando las mujeres tienen mayor escolaridad y su empleo les significa un proyecto personal, su posición mejora en el hogar y su relación de pareja puede ser de mayor equidad. A la inversa la nula o escasa escolaridad aunada a un empleo de bajo estatus y salario que se mantiene porque el cónyuge no contribuye a la manutención del hogar, ahonda la asimetría entre los géneros y la violencia doméstica"<sup>58</sup>

Del mismo apartado de la profesora conviene retomar que el 89.1% de las mujeres que tienen un trabajo remunerado, tienen doble jornada de trabajo por tener que cumplir con sus tareas domésticas a diferencia de los hombres que solo el 33.9% participan en alguna actividad doméstica. En cambio, las madres están limitadas por la necesidad que tienen de que la jornada de trabajo fuera de su hogar sea compatible con la crianza y el cuidado de sus hijos.

<sup>57</sup> Valencia Lomeli, Enrique. Devaluación de la política social. Ed. Red Conservatorio Social. México 1996. p. 139

<sup>58</sup> Ibid. p. 139

El Programa Nacional de la Mujer 1995-2000 muestra que en las tasas de participación femenina en las actividades económicas por estado civil, predominan las mujeres solteras o sin hijos, desempeñando una actividad o trabajo casi el 38% entre 1991 y 1993; las mujeres casadas y unidas han aumentado su participación económica, mostrando una tasa de actividad entre 1991 y 1993 de 25.8 y 22.8 a 27.8 y 25.9% respectivamente.

El programa nacional de la mujer indica que en la realidad persiste cierta incompatibilidad, aunque cada vez menor entre la maternidad y el trabajo remunerado y sostiene que en el mercado de trabajo femenino predominan las mujeres solteras y sin hijos y, el aumento de la participación de la mujer en las actividades económicas esta fuertemente influido por actividades tradicionalmente consideradas como femeninas como lo es el ser empleadas domésticas, secretarías, empleadas del comercio y comerciantes, educadoras, enfermeras y obreras, en tanto que su desempeño como profesionistas y técnicas es menor.

La creciente participación de la mujer en algunas ocupaciones no las exenta de la discriminación salarial, desigualdades en oportunidades de ascenso y capacitación e incluso el incumplimiento de la legislación laboral en vista de que en algunos sectores se da el despido en caso de embarazo o se exige un certificado de ingravidez para obtener algún trabajo. Al parecer lo ideal para resolver buena parte de los problemas de las mujeres, en este caso, de las gestantes y lactantes rurales y urbanas radica en su incorporación en proyectos productivos dirigidos a impulsar el desarrollo comunitario y el bienestar de las familias rurales.

#### **1.4.5 SALUD Y REPRODUCCIÓN**

Respecto a la salud es importante destacar que la mujer demanda servicios de salud para ella misma y para sus hijos o familia, en particular. Sin embargo; la demanda de servicios médicos de prevención y atención de la salud no es plenamente satisfecha, además de que tales servicios llegan a ser inadecuados a las necesidades de niñas, mujeres adolescentes, mujeres adultas y de la tercera edad.

Aún con todos los problemas mencionados, nuestro país ha avanzado notablemente en materia de salud ya que en el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000 del Dr. Ernesto Zedillo se indicó que en 1930 la esperanza de vida de los varones era de 35 años, y de 37 en el caso de las mujeres; para 1995, tal indicador se ubicó en 69.8 años para los varones y 76 para las mujeres. En materia de mortalidad, este mismo programa señala que en 1930 fallecían 90 niñas, en el primer año de vida, por cada 100 defunciones infantiles de hombres. En cambio, en 1995, por cada 100 defunciones masculinas ocurren 79 decesos de mujeres. A pesar,

de estos avances, se indica que la esperanza de vida femenina al nacimiento en Oaxaca, Chiapas y Puebla es inferior en más de 3.5 años respecto a Baja California Sur, Nuevo León, Distrito Federal y Quintana Roo.<sup>59</sup>

Otro aspecto que refleja el progreso en materia de bienestar de las mujeres, y que esta directamente relacionado con esta investigación es el "relativo a la fecundidad cuya tasa global pasó de 6.8 hijos en promedio por mujer a finales de la década de los sesenta a 3.0 hijos en 1994." <sup>60</sup> el Programa Nacional de la Mujer señala que la fecundidad no ha cedido en la misma intensidad en todas las regiones y grupos sociales del país. Las mujeres de los sectores más pobres, con menor escolaridad y que habitan en las zonas rurales tienen una tasa global de fecundidad de 5.6 hijos por mujer.

El retroceso de la fecundidad esta relacionado con la política demográfica. La planificación familiar, tiene como uno de sus principales instrumentos la difusión de los métodos anticonceptivos entre las mujeres casadas o en edad fértil. El Programa Nacional de la Mujer indica que el uso de anticonceptivos tenía una cobertura de 30.2% de las mujeres en 1976 y de 66% en 1995, y que no obstante estos progresos; entre las mujeres del medio rural y de las zonas urbano-marginadas, los métodos anticonceptivos se caracterizan por su deficiente cobertura precisamente porque su condición de pobreza y marginación les dificulta el acceso a ellos.

Aunque la mujer se ha beneficiado de la reducción de la mortalidad materna derivada de la acción de las instituciones de salud pública en materia de planificación familiar; la mortalidad asociada al embarazo y el parto aún es elevada al ubicarse en 61 defunciones de madres por cada 100 mil nacidos vivos, cantidad que es notablemente superior a los 26 decesos por cien mil, que ocurrían en los países desarrollados a finales de la década de los ochenta, tal como se señala en el programa mencionado.

Es evidente que la mortalidad materna sigue siendo un grave problema de salud pública. Por ello, este trabajo es muy importante en el sentido de difundir entre las usuarias de los servicios de los Centros de Salud la instrucción sobre gestación y lactancia. El fallecimiento de una mujer por causas relacionadas con el embarazo y el parto no debería suceder por tratarse de cuestiones susceptibles de prevenir o atenderse, por ello es necesario que se continúe impulsando la maternidad sin riesgos.

El embarazo y la lactancia aumentan los requerimiento nutricionales de las mujeres. El bajo peso derivado de la desnutrición en la niñez y adolescencia se puede traducir en consecuencias negativas durante la edad reproductiva y la vejez de la mujer. Esto hace evidente la trascendencia de la educación e información sobre los problemas que la nutrición inapropiada de las mujeres puede causar en las distintas etapas de su vida.

<sup>59</sup> CFR Poder Ejecutivo Federal. Alianza para la Igualdad. Programa Nacional de la Mujer 1995-2000.p.19

<sup>60</sup> CFR Ibid. P. 21

"Las condiciones de vida de las mujeres de escasos recursos están fuertemente relacionadas con la explosión demográfica, el desempleo y los salarios insuficientes." <sup>61</sup>Es evidente que algunas de las características de las familias pobres son la elevada fecundidad que frecuentemente afecta la salud de la madre y del niño. El estado de salud de la mujer es afectado cuando los embarazos son muy seguidos. Las malas condiciones de salud afectan también al recién nacido y como es sabido durante los primeros años de vida, son decisivas. Por lo que una de las políticas más eficaces para mejorar la salud es proporcionar servicios de planificación familiar.

Es lógico pensar que en las familias que hay demasiados hijos, los problemas se multiplican, derivando en un círculo vicioso de pobreza por el bajo nivel educativo, inestabilidad del trabajo e ingresos insuficientes; creando generaciones de mexicanos con reducidas posibilidades de mejorar sus condiciones de vida. Es importante mencionar que la política social debe cumplir con las demandas de los más necesitados, como las mujeres y los niños, mejorando los niveles de vida y bienestar social como producto del combate a la pobreza. Si las demandas no se cumplen se agudiza la pobreza ahondada por la crisis económica.

En este contexto, se pretende que a través del cumplimiento de los programas de acción enfocados a la mujer y población infantil se disminuya la fecundidad mediante la planificación familiar, e indirectamente se reduzca el índice de mortalidad materno-infantil y se propicie mejores condiciones y oportunidades de educación y trabajo para la población femenina. Sin embargo, si la política social no reduce los indicadores del atraso social; la mortalidad materno-infantil y los padecimientos gastrointestinales, respiratorios por mencionar algunos, entre la población infantil no disminuyen en la proporción que lo deberían hacer.

Esta situación descrita evidencia la preocupante realidad que viven las mujeres y que afecta sus condiciones de vida, particularmente alimenticias y de salud que en el caso de mujeres gestantes y lactantes tiene consecuencias muy riesgosas para la madre y el hijo.

El Programa Nacional de la Mujer también señala que "En las áreas rurales los problemas de salud de las mujeres se vinculan a carencias nutricionales, excesivas cargas de trabajo, alta fecundidad y embarazos frecuentes, inadecuada atención prenatal y del parto, elevada mortalidad materna e infantil, así como condiciones de insalubridad en su entorno y en sus viviendas. Se estima que en el periodo 1986-1990 la mortalidad infantil en las áreas rurales era de 46 por mil nacidos vivos, casi 60% más alta que la de las áreas urbanas. Asimismo, en 1990 la fecundidad de las mujeres rurales ascendía, en promedio a 4.7 hijos, superior en más de dos hijos al nivel observado en las ciudades". <sup>62</sup>

El reto que significa trabajar con las mujeres gestantes y lactantes indígenas se aprecia en el hecho de

---

<sup>61</sup> CFR Ibid. p. 21

<sup>62</sup> Ibid. p. 34

que "En 1990 la mortalidad infantil entre la población que habla alguna lengua indígena es de 56 por mil nacidos vivos, casi el doble de la observada en el resto de la población. Estas cifras señalan que la elevada mortalidad infantil constituye un grave obstáculo para la planificación familiar entre la población indígena que sumada a la dificultad para disponer de los servicios de salud en general y de salud reproductiva en particular, propicia un nivel elevado de fecundidad en comparación al que existe entre las mujeres rurales y el promedio del país." <sup>63</sup>

El problema de la mortalidad infantil entre la población indígena seguramente tiene que ver con el hecho de que el XI Censo de Población y Vivienda (INEGI) de 1990 señala que aproximadamente la mitad de las mujeres indígenas mayores de 15 años de edad no sabían leer ni escribir. Ello significa que el analfabetismo femenino afecta duramente a este sector de la población pues el mismo censo establece que solo dos de cada tres niñas indígenas de 6 a 14 años de edad asistía a la escuela.

La salud de la mujer también requiere que se atienda su estado emocional y psicológico; porque en su vida se presentan situaciones de desigualdad y violencia que les provoca pérdida de autoestima, sentimientos de soledad y abandono e incluso depresión, de manera que es necesaria la atención preventiva y curativa en los aspectos emocionales y psicológicos.

Es relevante que la fecundidad adolescente constituya una proporción creciente de la fecundidad total. Aunque hasta 1990 "la fecundidad de las mujeres menores de 20 años ha disminuido, esta todavía contribuye con el 13.8% de la tasa global de fecundidad, que en números absolutos representa 390 mil nacimientos cada año. Los nacimientos premaritales son más frecuentes conforme más temprana es la edad de la mujer en el primer embarazo". <sup>64</sup> Esto recalca la importancia de la instrucción que sobre gestación y lactancia debe recibir este grupo de mujeres dados los riesgos que el embarazo a su edad representa.

Otro aspecto del efecto del inicio temprano de la reproducción sobre la fecundidad a lo largo de la vida es que las mujeres que tienen su primer hijo antes de los 18 años es frecuente que tengan una descendencia de más de 4 hijos; mientras que las que tienen el primer hijo después de los 24 años, tienen en promedio una descendencia de 3 hijos. El programa que se está analizando hace mención de que los hijos de las mujeres que dan a luz antes de los 20 años tienen una probabilidad de fallecer antes de los 5 años de edad, 20% superior a la de los hijos de las madres que los tienen después de esa edad; esta es otra razón de la importancia que tiene los programas en materia de salud reproductiva. El análisis de la situación de la mujer en materia educativa, de salud, laboral y de alimentación que se ha hecho en este trabajo y en particular en este capítulo hace constante referencia al Programa Nacional de la Mujer por la carencia de cifras y bibliografía sobre las condiciones de vida de la mujer en México y no porque no se halla hecho una revisión adecuada de la literatura sobre el tema.

<sup>63</sup> Ibid. p. 36

<sup>64</sup> Ibid. p. 40

La cuestión relativa a la mujer y la familia tiene que ver con el hecho de que una parte considerable de la vida reproductiva de la mujer es destinada a atender a su familia y a sus hijos en especial. El documento que se está comentando sostiene que la vida reproductiva de la mujer abarca de los 15 a los 49 años de edad y que la mujer mexicana pasa alrededor de 13 años al cuidado de los hijos menores.

#### **1.4.6 EMBARAZO Y LACTANCIA EN LA LEGISLACIÓN E INSTITUCIONES DE SALUD EN MÉXICO**

A pesar de la difícil situación que en materia de salud, educación y alimentación viven las mujeres gestantes, sus hijos lactantes y, en general sus familias; se debe reconocer que la población femenina en general y en particular las que están en edad reproductiva se han visto favorecidas por el trabajo de las instituciones responsables de la salud pública.

Es importante señalar que la salud de las mujeres de escasos recursos se ha beneficiado con la cartilla de la mujer que desde marzo de 1998 el gobierno federal estableció durante el gobierno del Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León para el control de sus enfermedades. Esto es un logro porque compromete a las mujeres a participar con las autoridades en la vigilancia de su salud y atención de sus enfermedades. En el caso de los niños la cartilla de vacunación también es un avance porque al requerirse como documento necesario para realizar trámites motiva a las madres a cumplir con el calendario de vacunación. Sin embargo, superar la situación de pobreza, analfabetismo y alto grado de mortalidad de las mujeres relacionado con la reproducción demanda la profundización de las acciones. En virtud de ello a continuación se presentan los distintos avances que en materia de adecuación normativa, legislativa y de los programas se han desarrollado.

### **SECRETARÍA DE SALUD**

Como responsable del aseguramiento y mejoramiento de la salud pública; esta institución realiza una serie de acciones en las siguientes áreas fundamentales que fueron reconocidas por la Organización Mundial de la Salud desde 1948, incluyendo en su definición de salud el bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de dolencias y enfermedades.

- I.- Fomento de la vitalidad y salud integral
- II.- Prevención de lesiones, enfermedades infecciosas y no infecciosas
- IV.- Organización y previsión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades
- V.- Rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas<sup>65</sup>

<sup>65</sup> <http://www.ssa.gob.mx/prop/dirweb.html>

## LEY GENERAL DE SALUD

Esta ley esta compuesta de 18 títulos y 472 artículos, su contenido esta relacionado con el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, que señala que el objetivo de la salud, asistencia y seguridad social es impulsar la protección de todos los mexicanos, brindando servicios oportunos, eficaces, equitativos, y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de las condiciones de bienestar social.

La planificación familiar esta considerada como un servicio de salud que contribuye a mejorar las condiciones de bienestar de la población. La propuesta de reformas y adiciones al texto de la Ley General de Salud, en particular en lo referente a la planificación familiar que se plantearon durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari, indica que aproximadamente cada año se registran en México 430 000 embarazos de adolescentes, que constituyen un grave riesgo para la salud y limitan las posibilidades de desarrollo de las jóvenes. Por lo anterior, se enfatiza la necesidad de fortalecer la información y orientación dirigida a este sector de la población. En tales modificaciones se incorporó la decisión de sancionar a quienes practiquen la esterilización sin consentimiento de la persona o ejerzan alguna presión sobre ella para que la admita.

El primer artículo del título primero indica que la Ley General de Salud reglamenta "el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos."<sup>66</sup> Las cuestiones sobre atención materno infantil y planificación familiar están contenidas en la fracción IV y V del artículo tercero de esta ley. El artículo 23 de esta ley establece que para efectos de esta, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad.

Según el artículo 24 del Título tercero "los servicios de salud se clasifican en tres tipos: De atención, de Salud Pública y de Asistencia Social."<sup>67</sup> El artículo 25 establece que conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables. Para efectos del derecho a la protección de la salud, el artículo 27 señala dentro de los servicios básicos de salud; la atención materno infantil, la planificación familiar y la promoción y mejoramiento de la nutrición correspondientes a las fracciones IV, V y IX respectivamente; mismos que se mencionan por estar vinculados con el tema de este trabajo. Por otra parte, las actividades de atención médica, según el artículo 33 son preventivas, curativas y de rehabilitación.

El Capítulo VI, trata de Servicios de Planificación Familiar. En el artículo 67 se establece que "la planificación familiar tiene carácter prioritario indicando que sus actividades deben incluir la información y

<sup>66</sup> Ley General de Salud. abril de 1994. Título primero, Disposiciones generales, Capítulo único, Artículo primero p.5

<sup>67</sup> Ley General de Salud, Título tercero, prestación de los servicios de salud, cap, II, disposiciones comunes p. 13



orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Para disminuir el riesgo reproductivo se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 y después de 35 años, así como la conveniencia de espaciar y reducir los embarazos, mediante una correcta información anticonceptiva.<sup>68</sup> En este contexto:

En el artículo 68 se indica que los servicios de planificación familiar comprenden

- ❖ "La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población.
- ❖ La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de los servicios de planificación familiar.
- ❖ La asesoría para la prestación de los servicios de planificación familiar a cargo de sectores públicos
- ❖ El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción
- ❖ La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar"<sup>69</sup>

En el artículo 70 se indica que "la Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del Programa Nacional de Planificación Familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su reglamento, y además cuidará que se incorporen al programa sectorial."<sup>70</sup>

En el ámbito de la salud materno-infantil; en el título tercero, capítulo V, y artículo 61 se indica que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario comprendiendo las siguientes acciones

- La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio
- La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo incluyendo la promoción de la vacunación oportuna
- La promoción de la integración y del bienestar de la familia

Por su parte, el artículo 62 establece que "en los servicios de salud se promovería la organización institucional de Comités de Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y, adoptar las medidas conducentes."<sup>71</sup>

<sup>68</sup> Ley General de Salud. Capítulo VI. Servicios de planificación familiar. Artículo 67 p. 19

<sup>69</sup> Ibid p. 20

<sup>70</sup> Ibid p. 20

<sup>71</sup> Ibid p. 20

Respecto al artículo 64 se indica que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán

- Los procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios
- Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y en su caso la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil.

## **SISTEMA ESTATAL DE SALUD**

EL objetivo del sistema estatal de salud es armonizar los programas de servicios de salud que realice el gobierno estatal , con los que lleva a cabo el gobierno federal, los municipios, los servicios de los sectores privado y social y las instituciones de educación privada , a fin de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud con las siguientes finalidades:

- ❖ "El bienestar físico y mental del individuo, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades
- ❖ La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana
- ❖ La protección y el fortalecimiento de los valores que contribuyan a la creación, conservación, mejoramiento y restablecimiento de la salud
- ❖ El disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población
- ❖ El conocimiento para el adecuado aprovechamiento de los servicios de salud
- ❖ El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud"<sup>72</sup>

En virtud de lo expuesto, el propósito del Sistema Estatal de Salud tiene dos orientaciones. La primera de ellas consiste en ampliar la cobertura de los servicios de salud a todos los poblados, dando prioridad a los núcleos urbanos y rurales más desprotegidos, la segunda consiste en elevar la calidad de los servicios que se prestan tendiendo a alcanzar, a la brevedad posible, un mínimo satisfactorio. El sistema Estatal de Salud es un instrumento para cumplir los siguientes objetivos

- ❖ "Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas sanitarios prioritarios y los factores que condicionen y causen daños a la salud, especialmente las acciones preventivas
- ❖ Contribuir al desarrollo demográfico armónico del estado

<sup>72</sup> <http://www.ssa.pue.gob.mx/programas/saludRep.Htm>. y Programa Sectorial de Salud y Alimentación 1999 – 2005. Gobierno del Estado de Puebla.

- ❖ Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada económica y socialmente
- ❖ Impulsar el desarrollo de la familia y de la comunidad, la integración social y el crecimiento físico y mental de la niñez
- ❖ Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que permitan el desarrollo satisfactorio de la vida
- ❖ Influir en la modificación de los patrones culturales que determinan hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se prestan para su protección
- ❖ Impulsar el uso racional de los recursos humanos para mejorar los servicios de salud del estado de Puebla<sup>73</sup>.

Los servicios que integran el paquete básico que ofrece la Secretaría de Salud a la población abierta y vulnerable como son las mujeres, los niños y los ancianos en respuesta a sus necesidades, esta integrada por un conjunto de actividades agrupadas en la promoción, prevención, curación y rehabilitación. Los siguientes puntos están relacionados con la gestación y la lactancia materna

---

<sup>73</sup> Ibid

## **CAPÍTULO II**

### **IMPACTO DE LA POLÍTICA SOCIAL EN LA VIDA DE LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE**

## CAPÍTULO II

### II. IMPACTO DE LA POLÍTICA SOCIAL EN LA VIDA DE LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE

Es sumamente importante destacar que durante el periodo presidencial del Dr. Carlos Salinas de Gortari y del Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León la política social es la manifestación de la voluntad del Estado de establecer una serie de programas que las instituciones públicas desarrollan en beneficio de las familias y de las personas que requieren de la solidaridad o ayuda de las autoridades para garantizar la atención de sus necesidades mediante acciones en materia de educación, salud y alimentación.

Un elemento que determina el alcance de la política social, para superar la situación de la población que requiere de la solidaridad del Estado, para mejorar sus condiciones de vida, es el presupuesto que en sentido estricto contiene el volumen de recursos económicos que se pretende ejercer para hacer frente a las necesidades de la población de escasos recursos. Es evidente que la política económica que se viene aplicando en México, desde 1983, con el modelo neoliberal iniciado por el Lic. Miguel De la Madrid Hurtado, se caracteriza por la reducción del gasto y el déficit público en un ambiente económico que se distingue por la búsqueda del equilibrio en las finanzas públicas que en términos prácticos ha significado la reducción del gasto social.

Si a la situación descrita se suma la política salarial restrictiva, la inflación y el aumento del impuesto al valor agregado durante el gobierno de Ernesto Zedillo y, el constante aumento de los precios y tarifas del sector público, tenemos definido el escenario económico poco propicio para el bienestar de las familias en nuestro país. En síntesis, el compromiso del Estado de dar atención a las demandas sociales está sometido a cambios en la escena nacional, motivados por la crisis y ajuste de la economía mexicana y, en el ámbito internacional por el escenario derivado de la globalización de la economía mundial.

Todos estos cambios se han traducido en la crisis del Estado benefactor que ha puesto en entredicho "lo que parecía consagrado: un Estado comprometido ética y doctrinalmente, políticamente en el sentido más amplio del término, con el alivio y la protección de los débiles y vulnerables, al servicio de lo cual se buscaba centralizar la acción pública en materia social y se manipulaban las variables económicas fundamentales en búsqueda de crecimiento, desarrollo y estabilidad; de empleo y niveles crecientes de ingreso."<sup>74</sup>

<sup>74</sup> Cordera C. Rolando. Política Social en el ajuste y más allá. Comercio Exterior. Vol. 46. México, julio de 1996. p. 578

La política social de los países subdesarrollados, en particular de México gira en torno a las nuevas condiciones creadas por la reforma económica y del Estado para hacer frente a las crisis recurrentes y nuevo escenario económico y político internacional. Este cambio de escenario, que se ha vuelto global amenaza con convertir a la política social que tradicionalmente ha sido compensatoria en una política social residual cuyos límites son la carencia de recursos por el sobreendeudamiento externo y la debilidad fiscal o incapacidad del gobierno para financiar su gasto con la recaudación de impuestos en un contexto en el que "la función protectora, asistencial y solidaria del Estado es vital en países que como México, aún no han sorteado la tormenta de la transición"<sup>75</sup>

En la vida de la mujer influyen una multitud de factores económicos, sociales, culturales, ideológicos, y políticos. En este capítulo se destaca los aspectos sociales y económicos que tienen un papel determinante en las condiciones de vida de las mujeres embarazadas y lactantes en México, en el Estado de Puebla en general y en este caso en los centros de salud Reforma Sur y la Libertad del Municipio de Puebla.

Interesa resaltar el papel de la política social para atender los problemas que enfrentan las mujeres embarazadas y lactantes, pues el Estado ha instrumentado una serie de programas como el de planificación familiar, atención prenatal del parto y puerperio, lactancia materna, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, orientados a superar los problemas que las mujeres enfrentan en materia de salud, educación, alimentación, empleo, etc. Tales programas son parte de la política social que tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida de la población vulnerable, ocasionadas por la difícil situación económica por la que ha atravesado México en la época reciente en que se han agudizado los problemas relativos a la pobreza, existentes desde antes que iniciara el modelo neoliberal en nuestro país.

La posición del gobierno mexicano ha sido relativamente activa a nivel nacional e internacional proponiendo y participando en diversos foros cuyo objetivo ha sido analizar la situación de la mujer, acordar puntos comunes en materia de política social y programas de acción a corto, mediano y largo plazo con la intención de resolver el complejo problema de pobreza que la mujer y su familia enfrentan en México y el mundo.

Lo anterior significa que la política social diseñada para atender la problemática de la mujer es producto de un trabajo de varias décadas que se ha venido desarrollando en nuestro país, el reto ha sido muy grande ya que ha requerido diversas acciones en diferentes áreas. "En 1974 se revisó la legislación mexicana para eliminar la discriminación hacia la mujer que pudiera haber en esta materia, también se estableció el Programa Nacional del Año Internacional de la Mujer que preparó el informe de nuestro país presentado en la Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en México en 1975."<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> *Ibíd.* p. 79

<sup>76</sup> CFR. Poder Ejecutivo Federal. Alianza para la Igualdad. Programa Nacional de la Mujer 1995-2000.p.5

Estas actividades fueron un impulso notable para la continuación y desarrollo del análisis, investigaciones y programas que reflejaran las condiciones de vida de las mujeres y el progreso que se iba logrando. De esta manera fue posible que en 1980 se creara el Programa Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo (PRONAM) dentro del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Dicho programa es un avance ya que contenía una serie de iniciativas específicas orientadas al mejoramiento de la condición social de la mujer.

Posteriormente, se ha continuado trabajando de manera que en 1985 se estableció la Comisión Nacional de la Mujer cuya responsabilidad sería la coordinación de actividades y proyectos sectoriales relacionados con la mujer. Tal comisión también trabajó en la preparación de la participación de México en la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Nairobi en 1985. En 1993 se instaló el Comité Nacional Coordinador que organizó las actividades preparatorias de la participación de México en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en la ciudad de Pekín en 1995.

El resultado de todos los trabajos mencionados ha permitido conocer la situación de la mujer en México, posibilitando la elaboración de diversos diagnósticos temáticos que han sido la base de diferentes programas e iniciativas. Los avances logrados con los distintos programas e iniciativas han permitido un progreso notable en la solución de la problemática que enfrenta la mujer en materia educativa, alimenticia, de vivienda, de salud e ingresos. Sin embargo, la persistencia derivada de la magnitud de los problemas aún requiere que se trabaje. Ante los desafíos el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 estableció como objetivo prioritario de la política social "promover la participación plena y efectiva de la mujer en la vida económica, social, política y cultural del país."<sup>77</sup>

Los obstáculos que en materia económica y social enfrentan las mujeres gestantes y lactantes requieren que las estrategias propuestas por el gobierno de México posibiliten cambios de carácter material y de actitudes, creencias, prácticas y conductas de hombres y mujeres respecto a los derechos de la mujer de acceder a mejores condiciones de vida.

Conocer la situación de la mujer en México es algo sumamente complejo por que esta relacionada con la natalidad, educación y salud, etc. Sin embargo la situación de la mujer en nuestro país debe interpretarse a la luz de las transformaciones, económicas, sociales, políticas y culturales que se han dado en el contexto nacional e internacional.

Se ha acentuado en América Latina la urgencia de emprender una gran revisión de las estrategias y orientaciones de la política de desarrollo en un contexto de cambio estructural de la economía mexicana cuya principal característica es la liberalización del mercado, la apertura hacia el exterior y su integración estratégica

---

<sup>77</sup> Poder Ejecutivo Federal. Alianza para la Igualdad. Programa Nacional de la Mujer 1995-2000. p. 6.

en bloques comerciales, todo ello paralelo a la redefinición del papel del Estado en el desarrollo económico y social.

## 2.1 PROGRAMAS RELACIONADOS CON LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE

Los distintos programas contenidos en la política social del gobierno del Dr. Carlos Salinas de Gortari y del Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León para hacer frente a la problemática que viven las mujeres en general, y en especial las embarazadas y lactantes, y que por tanto están relacionados con la problemática de estas son el Programa Nacional de la Mujer, Programa de Atención a la Salud del Niño, Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre y el Programa de Lactancia Materna y de Alimentación.<sup>78</sup>

Estos programas se destinaron a mejorar las condiciones de vida de las mujeres embarazadas, lactantes e hijos de estas. Por este motivo, a continuación se hace mención del contenido de estos programas y de sus acciones dirigidas a atender las necesidades de estas mujeres y de sus hijos.

## 2.2 PROGRAMA NACIONAL DE LA MUJER

El mejoramiento de las condiciones de vida de la mujer en general y de la mujer gestante y lactante en particular está sujeto al progreso que la instrumentación de la política social destinada a este fin haga posible. En este sentido el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000 del Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León tiene como objetivo ser una respuesta integral a la problemática que vive la mujer en México.

Este programa parte de señalar la necesidad de "reconocer el papel estratégico de la mujer, no solo en la promoción del desarrollo económico y social, sino también en los avances democráticos y en la transmisión de nuestra cultura y valores".<sup>79</sup> El derecho de la mujer de disfrutar o tener acceso al bienestar está establecido en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece la plena igualdad jurídica del hombre y de la mujer. No obstante, la realidad dista mucho de este precepto. La desigualdad entre hombres y mujeres afecta profundamente la situación de las mujeres en materia laboral, acceso a la educación y en general las condiciones de vida de la población femenina.

<sup>78</sup> CFR. Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. P. 104.  
Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. P. 93.

<sup>79</sup> Poder Ejecutivo Federal. Alianza para la Igualdad. Programa Nacional de la Mujer 1995-2000



Para el gobierno, el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000 es un reconocimiento de que la intervención del estado debe contribuir en la transformación y superación de las condiciones derivadas de la discriminación que afecta a las mujeres. Hablar de la redefinición del papel y funciones del Estado requiere pensar en qué aspectos el gobierno debe dar respuesta a las necesidades y demandas de las mujeres y en qué cuestiones debe recurrir a la sociedad civil.

La situación educativa, laboral y de salud descrita en los párrafos anteriores demuestra la importancia que tienen los programas dirigidos a atender las necesidades de las mujeres gestantes y lactantes. El beneficio que obtengan las mujeres en edad reproductiva debe ser producto de los resultados que se obtengan a corto, mediano y largo plazo. Los resultados inmediatos serían producto de la atención médica y los de mediano y largo plazo serían consecuencia del trabajo en materia educativa que diera a la mujer la opción de mejorar sus condiciones de vida como consecuencia de su capacitación e incorporación a alguna actividad económica y de su conocimiento para aprovechar los servicios médicos en materia de planificación familiar. La preparación de la mujer es determinante porque es el medio que le permitirá obtener y comprender la información sobre salud.

Ante los problemas que afectan a las mujeres; tales como el acceso desigual a los servicios de salud, educación y oportunidades de empleo; el Programa Nacional de la Mujer estableció los siguientes retos prioritarios:

- ◆ "Superar los rezagos educativos y mejorar las oportunidades de educación de las mujeres
- ◆ Garantizar el acceso de las mujeres a servicios integrales de atención de la salud
- ◆ Fortalecer las capacidades de las mujeres y promover su participación en todos los niveles y ámbitos de decisión
- ◆ Defender y proteger los derechos de las mujeres
- ◆ Prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres
- ◆ Combatir la pobreza que aqueja a las mujeres
- ◆ Apoyar a las mujeres trabajadoras
- ◆ Propiciar una distribución más equitativa de las tareas y responsabilidades domésticas y extradomésticas entre hombres y mujeres
- ◆ Reconocer y valorar la contribución del trabajo no remunerado de las mujeres para la economía y el bienestar de la familia
- ◆ Propiciar la eliminación de imágenes estereotipadas de la mujer.<sup>80</sup>

En función de los retos que se propuso este programa se fijó los siguientes objetivos generales

- Acceso equitativo y no discriminatorio a la educación

<sup>80</sup> CFR. Ibid. P. 60

- Promover un sistema efectivo, oportuno y de calidad para el cuidado de la salud de las mujeres
- Enfrentar la pobreza que aqueja a las mujeres
- Ampliar las oportunidades laborales y protección de los derechos de las trabajadoras
- Estimular la capacidad productiva de las mujeres
- Fortalecer la familia como ámbito de promoción de la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades para hombres y mujeres
- Defender los derechos de la mujer y ampliar su acceso a todos los niveles e instancias de toma de decisiones
- Prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres
- Promover una cultura de la igualdad mediante imágenes plurales, equilibradas y no discriminatorias de la mujer.

El Programa Nacional de la Mujer, en coordinación con el Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000, se fijó como reto prioritario la atención especial a las mujeres en todas las modalidades. Lo anterior enfocado a ofrecer a las madres estrategias para la formación de sus hijos, incluida su vinculación con programas de nutrición, salud y estimulación temprana.

También se habla de favorecer el desarrollo integral de las niñas indígenas menores de cinco años mediante programas dirigidos a ampliar los conocimientos de las madres sobre el desarrollo y cuidado de los menores; desde el embarazo hasta su incorporación a la educación preescolar. Otro compromiso fue el de desarrollar las estrategias educativas integrales para las mujeres menores de 20 años, incluyendo cuestiones relativas a la salud reproductiva, educación para los hijos y capacitación para el trabajo. En este programa se habla de impulsar la reinserción en el sistema escolar de las alumnas que han desertado, en especial de las madres adolescentes.

Las acciones prioritarias de este programa relacionadas con las mujeres gestantes y lactantes giran en torno a:

- ✓ Asegurar el acceso de la población femenina a un paquete básico de servicios de salud, en particular los relativos a servicios integrales y de calidad en materia de medicina preventiva, nutrición y salud reproductiva
- ✓ Ofrecer seguridad a las parejas respecto a su libertad para decidir el espaciamiento y el número de hijos, respetando la Norma Oficial Mexicana sobre los servicios de planificación familiar.
- ✓ Favorecer la maternidad sin riesgos, sobre todo entre las mujeres del medio rural, de las zonas indígenas y urbano marginales, a partir de:

- a) El acceso a información, orientación y consejería
- b) Fomento de una adecuada nutrición materna

- c) Vigilancia prenatal temprana, sistemática y de calidad
  - d) Acceso a servicios obstétricos de emergencia
  - e) Prevención, manejo o referencia adecuada de los embarazos de alto riesgo
  - f) Atención institucional adecuada del parto y el puerperio
  - g) Manejo de las complicaciones posaborto
  - h) Atención del recién nacido
  - i) Anticoncepción postevento obstétrico
- ✓ "Fomento de la práctica de la lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro meses de vida del menor
  - ✓ Impulsar acciones eficientes de apoyo nutricional, mediante mecanismos efectivos de subsidio y distribución de apoyos alimenticios a menores, mujeres gestantes y lactantes en situación de pobreza y el seguimiento de su estado nutricional
  - ✓ Mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva, según las demandas y prioridades de las mujeres
  - ✓ Aseguramiento sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos en los servicios de planificación familiar y salud reproductiva incluidos los de carácter natural
  - ✓ Atender la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, en especial entre la población rural dispersa y áreas urbano-marginales, con el fin de reducir los embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo, prevenir el aborto y sus complicaciones y disminuir la morbilidad materna
  - ✓ Asegurar el derecho de los adolescentes y jóvenes de disponer de información sobre educación sexual y servicios de salud reproductiva que favorezcan prácticas sexuales responsables
  - ✓ Diseñar e instrumentar mecanismos para facilitar el acceso y disfrute de las mujeres trabajadoras a los servicios de atención durante el embarazo, periodos de incapacidad pre y posparto
  - ✓ Motivar la participación de la sociedad civil en la formulación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud, incluidos la planificación familiar y salud reproductiva".<sup>61</sup>

En el plano laboral, se habla del establecimiento de mecanismos que permitieran vigilar el cumplimiento de la Ley Federal de Trabajo para evitar la discriminación por sexo, edad, estado civil y gravidez. Incluso se plantea inducir la revisión de normas y horarios laborales con el propósito de que hombres y mujeres puedan compartir sus responsabilidades familiares a través de licencias y prestaciones de maternidad y paternidad.

Los objetivos planteados en el marco del Programa Nacional de la Mujer parecerían utópicos si no se planteara un cambio en la mujer y la familia que conduzca a que ya no recaigan completamente en la mujer las

<sup>61</sup> CFR Ibid. p 81-84

tareas asociadas a las labores domésticas, la crianza y educación de los hijos y otras actividades. Esto requiere promover la igualdad de derechos y obligaciones para hombres y mujeres en la familia y equidad en el acceso a los recursos.

## 2.3 PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO

La orientación eficiente que se debe ofrecer a las mujeres en edad reproductiva y especialmente a la población femenina gestante y lactante, no solo requiere hablar de las diversas acciones que recientemente ha establecido el gobierno federal para atender integralmente la compleja situación económica y social que originan las diversas limitaciones que enfrentan las mujeres en materia de salud y alimentación durante su embarazo y alimentación de sus hijos con la leche materna, sino que además requiere que se retome otros programas que están directamente vinculados con la situación de la mujer gestante y lactante, como es el caso del Programa de Atención a la Salud del Niño 1997-2000 establecido durante el gobierno de Ernesto Zedillo, dicho programa contenía acciones directamente vinculadas con la alimentación del niño y de la madre.

### 2.3.1 SITUACIÓN DEL NIÑO LACTANTE EN MÉXICO

El Programa de Atención a la Salud del Niño parte del objetivo general de mejorar la salud del niño mediante la integración de programas de prevención y control de las enfermedades que más frecuentemente lo afectan; atendiendo los siguientes aspectos:

- Vacunación universal
- Prevención y control de enfermedades diarreicas
- Prevención y control de infecciones respiratorias agudas
- Nutrición
  - Vigilancia del crecimiento y desarrollo
  - Promoción de la lactancia materna
  - Deficiencias de micronutrientes
  - Capacitación y apoyo alimentario<sup>82</sup>.

Las cuestiones relacionadas con la gestación y lactancia, que este programa menciona, y que son causas frecuentes de muerte en la infancia son las afecciones del periodo perinatal, las anomalías congénitas y

<sup>82</sup> Programa de Atención Salud del Niño 1997- 2000 p. 9

los accidentes que tienen que ver con programas de salud reproductiva y control de accidentes cuya característica común es la información y capacitación a madres de familia.

Una de las razones que explican la necesidad del Programa de Atención a la Salud del Niño y que por tanto es un motivo importante para la realización de este trabajo son los niveles de mortalidad infantil que en parte son producto de las condiciones materiales de vida de las madres durante el embarazo y la lactancia.

En este programa se establece que en el periodo que va de 1990 a 1995, "la mortalidad en menores de cinco años mostró una tendencia descendente al pesar de 65 mil 497 defunciones en 1990 a 48 mil 23 fallecimientos en 1995. Como resultado de la reducción en el número de decesos infantiles la tasa de mortalidad ajustada disminuyó de 34.7 por 1 000 nacidos vivos registrados en 1990 a 25.9 por mil nacidos vivos registrados en 1995."<sup>83</sup>

A pesar de la disminución en el número de defunciones y por lo tanto en la tasa de mortalidad infantil, ésta aún se considera alta, reflejando las deficiencias en materia de salud y alimentación de las madres durante el embarazo y la lactancia y también las condiciones alimenticias y de salud de los hijos de estas mujeres. Las principales causas de mortalidad infantil en México reflejan la importancia del papel protector de la leche materna en los padecimientos infecciosos sobre todo gastroenteritis, infecciones respiratorias agudas y deficiencias de la nutrición entre las más importantes.

En la tasa de mortalidad infantil (número de fallecimientos por cada 1 000 niños nacidos vivos registrados) correspondiente a 1995, citada en el Programa de Atención a la Salud del Niño se indica que la principal causa de muerte son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Estas enfermedades fueron responsables de 20 mil 503 defunciones de las cuales se deriva una tasa de mortalidad de 7.45 por cada mil nacidos vivos registrados. Esta tasa representa el 42.7% de la tasa de mortalidad registrada. Las afecciones que se incluyen son la hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido.

"En segundo lugar aparecen las anomalías congénitas del corazón y el aparato circulatorio. Estas enfermedades fueron causantes de 7 383 defunciones infantiles que representan una tasa de mortalidad infantil registrada de 2.68 por cada mil nacidos vivos registrados y representa el 15.4% de la tasa de mortalidad de 17.5 por mil nacidos vivos producto de las principales causas de la mortalidad infantil en 1995".<sup>84</sup>

El Programa de Atención a la Salud del Niño establecido durante el gobierno de Ernesto Zedillo, también menciona que la tercera, cuarta y quinta causas de mortalidad infantil son ocasionadas por la neumonía e influenza, enfermedades infecciosas intestinales y deficiencias de la desnutrición que durante 1995 fueron origen de la muerte de 5 975, 3 500 y 1 463 niños, respectivamente; ocasionando una tasa de mortalidad

<sup>83</sup> Ibid. P. 13

<sup>84</sup> Ibid. p 15

de 2.17, 1.27 y 0.53 respectivamente por cada 1 000 nacidos vivos registrados. En la séptima, octava y novena posición se ubican las infecciones respiratorias agudas, la septicemia; y la bronquitis crónica y la no especificada que junto con el enfisema y el asma fueron causantes de 980, 710 y 603 defunciones de niños, correspondiéndoles una tasa de mortalidad de 0.35, 0.24 y 0.21 por cada mil nacidos vivos de la tasa de mortalidad infantil registrada.

El Programa de Atención a la Salud del Niño establece que si el problema se analiza en base a la mortalidad en menores de cinco años tenemos que en el periodo que va de 1990 a 1995, la tasa de mortalidad se redujo 31.2 %. Las infecciones respiratorias agudas, las intestinales y las deficiencias en la nutrición figuran entre las principales causas de muerte, y en 1995 fueron responsables del 26.7% de las defunciones en este grupo de edad.

La mortalidad en menores de cinco años es un indicador de la necesidad de incorporar a las madres pobres de las zonas urbanas, rurales e indígenas al trabajo desplegado por el gobierno mediante los distintos programas de salud y alimentación e incluso a las actividades productivas que puedan desarrollar las mujeres como lo propuso el Programa Nacional de la Mujer. En el Programa de Atención a la Salud del Niño se indica que "la mortalidad en menores de 5 años en 1990 fue de 85 635 defunciones; en 1991 el número de defunciones fue de 70 491; en 1992, 63 556; en 1993, 61 165; en 1994, 60 072 y en 1995 los fallecimientos fueron 58 703. En consecuencia, la tasa de mortalidad en menores de cinco años se redujo 31.2 % al pasar de 7.7 en 1990 a 5.3 por 1 000 menores de cinco años, tal como lo plantea este programa".<sup>85</sup>

Estas muertes y enfermedades son testimonio de los trastornos nutricionales, inmunológicos, gastrointestinales y respiratorios que la alimentación exclusiva con leche materna detiene, por contener factores inmunológicos, antialérgicos e inmunoglobulinas. Las inmunoglobulinas se encuentran en la leche humana y su concentración es mayor en el calostro. La inmunoglobulina más importante es la secretora que proporciona protección local en el área intestinal en contra de virus como poliovirus y bacterias de tipo E. Coli y V. Cholerae, más conocidos como poliomielitis y cólera

La Inmunoglobulina que la madre transmite en la leche hace que el niño también la produzca, aunque en menor proporción y por ello tienen menor poder de acción contra las bacterias y virus como citomegalovirus, sincicial respiratorio y rubéola. La madre que no amamanta a su hijo priva a este de las cualidades de la leche como portadora de defensas contra las enfermedades. El programa que se está comentando insiste en la promoción de la lactancia materna que sumada a las vigilancias y registro de las vacunas y mejoramiento de la nutrición es una herramienta eficaz para mejorar las condiciones de vida de madres e hijos.

---

<sup>85</sup> Ibid. p 15

### 2.3.2 ENFERMEDADES DIARREICAS

El avance de México en la prevención y control de las enfermedades diarreicas es importante como resultado de las acciones del sector salud en combinación con el de educación y el trabajo realizado en saneamiento público como el entubamiento de las aguas negras y la dotación de muchas localidades o zonas urbanas de agua potable. El Programa de Atención a la Salud del Niño indica que como consecuencia de este trabajo "entre 1990 y 1996 la mortalidad en los menores de cinco años se redujo 69.4% y en promedio el número de episodios diarreicos por niño se redujo de 4.5 a 2.2. Sin embargo, el número de defunciones diarreicas que cada año se registran sigue siendo elevada, más de 4 000 menores de cinco años en 1996".<sup>86</sup>

En este programa también se señala que las enfermedades diarreicas generan el 20.8% de la demanda de consulta en los servicios de salud y 10% de las hospitalizaciones pediátricas; indicándose que de 1990 a 1996, la tasa por 100 000 menores de cinco años pasó de 125.5 a 38.4 respectivamente, lo que significa una reducción del 69.4%. La persistencia de las muertes por esta enfermedad que se ubica como la décima causa de muerte entre los niños menores de cinco años requiere de la realización de un intenso programa de información y capacitación de la población en general y en particular de las madres y del personal de salud.

Según el programa comentado las enfermedades diarreicas casi siempre son de naturaleza infecciosa. Los agentes infecciosos que causan esta enfermedad generalmente se transmiten por la vía oral-fecal. Dentro de los factores que predisponen a los niños a un mayor riesgo de enfermar o morir por enfermedades diarreicas y que están relacionados con el tema de este trabajo se mencionan la ausencia o prácticas inapropiadas de lactancia materna, bajo peso al nacimiento, esquema de vacunación incompleto, falta de capacitación de la madre para la higiene familiar, deficiencia de vitamina A, desnutrición, higiene personal deficiente (lavado humano), esquema de vacunación incompleto y contaminación fecal del agua y alimentos.

"El bajo peso al nacer, las deficiencias de micronutrientes y los diversos estados de desnutrición hacen más susceptible al niño de padecer diarrea, incrementando el riesgo de morir".<sup>87</sup> Cuando no se proporciona o se suspende tempranamente la lactancia materna y se inicia inapropiadamente la ablactación, son factores que aumentan la frecuencia y gravedad de estas enfermedades al ocasionar mayor susceptibilidad y menor resistencia del individuo.

La importancia de la lactancia materna se aprecia en que "Según se ha observado en diferentes estudios, sobresale en la reducción de la incidencia: la lactancia materna en los niños menores de seis meses, el uso de agua potable, la eliminación adecuada de excretas, el lavado de manos y el manejo adecuado de las heces de niños con diarrea. En relación a la mortalidad destaca otra vez la lactancia materna en los menores de

<sup>86</sup> Programa de Atención Salud del Niño 1997-2000. Enfermedades Diarreicas, manual de procedimientos técnicos p 9

<sup>87</sup> Ibid. p 12

seis meses, el uso de agua potable, la eliminación adecuada de excretas y la vacuna contra el sarampión, la cual reduce la mortalidad infantil en 22%".<sup>88</sup>

La trascendencia de la alimentación del niño con leche materna es reconocida por el Programa de Atención a la Salud del Niño al estar incluida dentro de las tareas específicas consideradas como las más efectivas para prevenir las enfermedades diarreicas; mediante:

- "Vigilancia de la cloración del agua y procedimientos de desinfección
- **Promoción de la lactancia materna**
- Mejorar las prácticas de ablactación
- Promoción de la higiene en el hogar
- Vacunación contra el sarampión
- Suplementación con vitamina A"<sup>89</sup>

Las razones de este programa para realizar la promoción de la lactancia materna se reconoce al hacer el señalamiento de que "Es indudable la necesidad de promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses de edad. No es necesario a esta edad, y si provoca un mayor riesgo, el ingerir alimentos o bebidas contaminadas, la administración de té, leche de vaca, jugos o purés. Debe evitarse el uso del biberón".<sup>90</sup>

La trascendencia de la alimentación de los niños con leche materna se manifiesta en una mejor calidad de vida para madres e hijos en virtud de que "Los niños alimentados con leche materna enferman dos y media veces menos que los sujetos a fórmulas. En los menores de seis meses, la mortalidad disminuye 25 veces; además, se facilitan los lazos afectivos entre la madre y el niño. La lactancia es segura porque evita el uso de biberones, agua y leche que podrían estar contaminados".<sup>91</sup> Por otra parte, en materia de atención en el hogar se habla de que para prevenir la desnutrición del infante durante la presencia de diarrea se debe continuar con la lactancia materna, además de otras indicaciones en materia de alimentación del bebé.

La capacitación de la madre tiene un papel decisivo en el éxito que se tenga ante las enfermedades diarreicas en vista de que esta permite a la madre tomar mejores decisiones para evitar la muerte de su hijo y el daño que a la nutrición causan las enfermedades infecciosas. La capacitación que propuso este programa habla de proporcionar información básica con énfasis en reconocer a la lactancia materna, la ablactación correcta y las vacunas completas como medidas efectivas para evitar la frecuencia y gravedad de las diarreas, entre otras muchas medidas que recomienda.

<sup>88</sup> Ibid. p 13

<sup>89</sup> Ibid. p 13-21

<sup>90</sup> Ibid. p 19

<sup>91</sup> Ibid. p 19



El problema de las enfermedades diarreicas es tan grave que el presente programa habla de la necesidad de que la madre esté lo suficientemente capacitada en la identificación de los factores de mal pronóstico respecto a éstas enfermedades en vista de que "el 70% de las defunciones por diarreas en los menores de cinco años ocurren en los menores de un año, de los cuales 30% cursaron con algún grado de desnutrición (causas asociadas en los certificados de defunción). Por otro lado, se conoce que los niños desnutridos presentan algún grado de inmunodeficiencia. Estudios de comunidad han demostrado que en 11.8% de los niños fallecidos la madre era menor de 17 años o analfabeta. Por otra parte, las comunidades más alejadas presentan mayor rezago en la dotación de servicios de salud y la accesibilidad esta limitada por una mayor marginación social y económica, hechos que dificultan la atención ante la presencia de complicaciones especialmente en los niños menores de un año."<sup>92</sup>

### 2.3.3 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

También en este caso el Programa de Atención a la Salud del Niño, establece una estrategia para atender el problema de las enfermedades ocasionadas por infecciones respiratorias agudas indicando que a pesar de los avances que México ha logrado en la prevención y control de este tipo de infecciones, en la actualidad son la principal enfermedad en los niños y motivo de consulta en los servicios de salud. Así mismo se hace mención de la gravedad de los efectos de estas enfermedades porque constituyen la segunda causa de muerte entre los menores de cinco años, atribuyéndosele más de 8 mil defunciones en el año de 1996.

Nuevamente resalta el papel que le corresponde a las madres ya que las medidas preventivas y los recursos terapéuticos disponibles podrían evitar la mayor parte de estas defunciones. En consecuencia la información y capacitación al personal de los servicios de salud y las madres es determinante; porque estas últimas no identifican la gravedad o las complicaciones de la neumonía.

El manual de procedimientos técnicos correspondiente a las infecciones respiratorias agudas del Programa de Atención a la Salud del Niño indica que "los niños menores de cinco años presentan de cuatro a ocho episodios de infección respiratoria aguda por año. Los niños de las comunidades rurales registran una incidencia de uno a tres episodios de este tipo de enfermedades, mientras que los de las zonas urbanas sufren estas de seis a once ocasiones, hecho que les afecta en su crecimiento y desarrollo. También se señala que estas enfermedades generan el 29.2% de la consulta externa en los servicios de salud y el 40% de las hospitalizaciones pediátricas. Se destaca que entre 1990 y 1996 las defunciones por infecciones respiratorias agudas se redujo en 37%; pero a pesar de ello en 1996 seguía ocupando el segundo lugar como causa de

---

<sup>92</sup> Ibid. p 36

muerte en los menores de cinco años siendo responsable del 14% de las defunciones registradas en este grupo de edad".<sup>93</sup>

La importancia de la información y capacitación de las mujeres sobre gestación y lactancia demuestra su trascendencia porque entre los niños menores de cinco años, los menores de doce meses tienen mayor riesgo de morir por estos padecimientos ya que entre este grupo se concentra el 80% de las defunciones por tales enfermedades. Es preciso instruir a las madres, porque, producto de su ignorancia 64% de las defunciones ocurrieron en el hogar reflejando falta de atención al niño.

Los factores predisponentes o ambientales e individuales que este programa menciona como responsables del aumento de la posibilidad de que los niños se enfermen o presenten complicaciones de una infección respiratoria aguda y que se relacionan con la gestación y la lactancia son la exposición intradomiciliaria a contaminantes como el uso de leña para cocinar en interiores con pobre ventilación incrementa la contaminación en el interior de la vivienda y provoca un incremento en la incidencia de neumonía con relación al tiempo de exposición, y el riesgo es mayor en los lactantes que permanecen en su cuna, mientras la mamá cocina en el mismo cuarto. En esta misma situación se encuentran los niños expuestos al humo del tabaco.

El hacinamiento como un factor que incrementa el riesgo de infección respiratoria, propicia una mayor exposición a los microorganismos residentes en las vías respiratorias de los convivientes. Entre los factores individuales relacionados con este trabajo hay que destacar el bajo peso de los niños al momento de su nacimiento. En particular si este es inferior de 2.5 Kg., los bebés son más susceptibles a la infección y a desarrollar neumonía durante el primer año de vida, en comparación con los que nacen con el peso normal. Por ello es importante instruir a las mujeres gestantes sobre una correcta alimentación durante su embarazo.

La ausencia de lactancia materna también puede motivar una mayor posibilidad de enfermar de neumonía ya que es menor la probabilidad de adquirir esta enfermedad por parte de los niños que reciben alimentación del pecho materno. En cambio, la proporción de fallecimientos por esta causa es alta entre los menores que no fueron amamantados.

Dentro de los distintos puntos que este programa recomendó como medidas efectivas en la prevención de las infecciones respiratorias agudas también se menciona dar lactancia materna exclusivamente durante los primeros cuatro a seis meses y complementaria después de esta edad, por considerarse que la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de edad es el mejor alimento para el niño en virtud de que además de sus ventajas nutricionales, ofrece protección contra bacterias, virus y hongos porque contiene inmunoglobulina, que es un anticuerpo que los niños no producen en la cantidad suficiente en sus

---

<sup>93</sup> CFR. Ibid. p 9

primeros meses de vida y que recubre el epitelio respiratorio y protege contra la acción de las bacterias y virus patógenos, y otras sustancias extrañas al organismo. Está demostrado que la leche materna reduce la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de un año.

En este contexto, se señala que dentro de los signos de alarma que la madre debe identificar en un niño con estas enfermedades y que indican que el niño puede tener neumonía esta la dificultad para beber o amamantarse, además de las otras que señala el programa. La atención sugerida en estos casos también incluye continuar con lactancia materna, ofreciendo una toma extra de alimentos durante la convalecencia además de la hidratación y aspiración de secreciones.

La capacitación sugerida para las madres también indica acciones educativas para que estas reconozcan que la lactancia materna, la ablactación correcta y las vacunas completas son medidas efectivas para evitar la frecuencia y gravedad de las infecciones respiratorias agudas e incluso que la madre sea capaz de identificar que como consecuencia de la insuficiencia respiratoria se presenta el rechazo a la ingesta que en el menor de dos meses se identifica por lactar menos de la mitad y, en el de dos a cuatro meses por la imposibilidad para beber, además de la somnolencia, convulsiones, cianosis, tiros, sibilancias, estridor en reposo y fiebre, o hipotermia en el menor de dos meses.

En general el hecho de que la madre sea analfabeta o menor de 17 años; se halla dado la muerte de un menor de cinco años en la familia; exista la presencia de alguna inmunodeficiencia; el niño sea menor de dos meses; exista desnutrición moderada o grave; el menor de un año tenga antecedentes de peso bajo al nacer y se pueda dar la dificultad para trasladar al niño con el médico si es que se agrava son factores de riesgo que el Programa de Atención a la Salud del Niño menciona e indica que una madre capacitada u orientada debe enfrentar tomando la mejor decisión.

La importancia de la leche materna se nota cuando se indica que en el caso del tratamiento para niños con infecciones respiratorias sin neumonía no se debe suspender la lactancia al seno materno. En materia de alimentación se señala que la anorexia es común durante este tipo de enfermedades y que deberá estimularse la lactancia y que si el niño se fatiga demasiado al mamar, la madre debe extraerse la leche para dársela con cuchara; aunque si hay insuficiencia respiratoria grave u afectación del estado de conciencia no debe utilizarse la vía oral. Estas enfermedades también originan la pérdida de líquidos, especialmente cuando hay dificultad en la respiración y fiebre. Para compensarlos, si el niño es lactante se ofrecerá leche materna con mayor frecuencia.

## 2.3. 4 NUTRICIÓN

Otro problema derivado de la pobreza de la mujer gestante y lactante es la desnutrición de esta, pero en particular de sus hijos. La alimentación deficiente o insuficiente de la mujer durante su embarazo repercute directamente en el estado físico del hijo, o bien si la mujer gestante está mal alimentada, ello se refleja directamente en el peso y talla del bebé. Esto hace evidente la necesidad de informar e instruir a las mujeres gestantes y lactantes sobre estos temas. La situación de México en cuestión de nutrición se aprecia en que "El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia ubicó a México entre los diez países del mundo que más rápidamente avanza en materia de salud infantil. Este logro es producto del mejoramiento en la nutrición de la infancia que ha permitido la reducción de la mortalidad preescolar, que hizo posible que se redujera del 2.3 por mil habitantes en 1990 a 1.2 en 1995".<sup>94</sup>

Retomando lo anterior se reconoce que en México persisten graves problemas en lo relativo a la nutrición de los niños sobre todo en la zona rurales marginadas donde la desnutrición de alto riesgo afecta del 20 al 32% de la población de menores de cinco años, en el sureste y centro del país. Este programa concibe la desnutrición como producto de múltiples causas, que abarcan cuestiones relativas a la cultura, la economía y la política. Por esta razón se dice que la desnutrición de un niño es producto de que come mal y se enferma con frecuencia como consecuencia de:

- a) "Escasez local de alimentos por ineficiencias en la producción, almacenamiento y distribución.
- b) Reducción en el consumo de alimentos o su calidad por problemas económicos y culturales.
- c) El efecto negativo de lo anterior sobre el aprovechamiento de los nutrientes consumidos, inadecuada biodisponibilidad y en especial por enfermedades infecciosas y parasitarias".<sup>95</sup>

La capacitación de las madres se integra por cuestiones relacionados con la salud, alimentación, vacunación, higiene, vigilancia de peso y talla, y la reiterada insistencia en la lactancia materna, remarcando que la alimentación adecuada del niño implica que particularmente durante el primer año de vida debe ser alimentado con leche materna. La Encuesta Nacional de Nutrición de 1988 citada por el programa señala que sólo el 11.5% de los niños menores de un año estudiados se alimentó mediante lactancia materna exclusivamente durante sus primeros cuatro meses de vida, 13.8% nunca la recibió y el 24.6% fue alimentado con ella menos de cuatro meses. El restante 50.1% la ingirió durante los primeros cuatro meses de vida pero combinada con otra leche o alimentos.

<sup>94</sup> Ibid. p 7

<sup>95</sup> Ibid. p 7

La prevención de la desnutrición parte de asumir que ésta es causada por el aporte insuficiente de nutrimentos o una alteración en su utilización. Los factores que conducen hacia la desnutrición son la interrupción de la lactancia materna, prácticas inadecuadas de ablactación, uso inadecuado de alimentos, infecciones e inmunidad alterada. La estrategia para prevenir la desnutrición hace referencia a muchos elementos, pero los que importa destacar son:

- a) "alimentación adecuada de la madre durante el embarazo
- b) lactancia materna exclusiva de 4 a 6 meses
- c) ablactación adecuada
- d) orientación sobre el uso de alimentos locales
- e) vigilancia del crecimiento y desarrollo".<sup>96</sup>

Como consecuencia de lo anterior el riesgo de la desnutrición siempre está presente, principalmente en el niño menor de un año, debido a que la etapa de la ablactación implica diversas actividades de alto riesgo que pueden precipitar la desnutrición por su inicio prematuro, tardío o selección inadecuada de alimentos. Por todos estos elementos que influyen en la desnutrición del lactante se aprecia la importancia de la promoción de la lactancia materna, capacitación y apoyo nutricional a niños, mujeres embarazadas o lactantes.

La intención es desarrollar un sistema de monitoreo de la nutrición del menor de cinco años y de la mujer en edad reproductiva. Se propone la organización de un club de mujeres en la unidad de salud Reforma Sur y la Libertad para dar capacitación a las mujeres en el cuidado de su salud reproductiva, alimentación, prevención y control de enfermedades, particularmente cáncer cérvicouterino, diabetes e hipertensión arterial y capacitación en el cuidado de la salud del niño, con énfasis en lactancia materna.

La efectividad de las acciones en materia de salud de las mujeres también se planteó en términos de realizar la identificación de mujeres en edad reproductiva mediante censo nominal y la selección de mujeres y familia según orden de prioridad: embarazadas, mujeres lactando, madres desnutridas, mujeres obesas, mujeres de baja escolaridad y demás factores de riesgo.

La nutrición es prioritaria ya que en el recién nacido la alimentación con leche materna es la manera de evitar y prevenir las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias. La responsabilidad de la salud del niño, sobre todo en los primeros cuatro meses no solo corresponde a las madres ya que las instituciones de salud tienen el compromiso de la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, la promoción de la lactancia materna, la corrección de las deficiencias de micronutrientes y la capacitación y apoyo alimentario, como lo manifiesta este programa.

---

<sup>96</sup> Ibid. p 26

El Programa de Atención a la Salud del Niño reconoce el problema de la deficiente nutrición de la infancia indicando los siguientes datos.

- "La Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) realizada en 1988 señaló que 41.9% de los niños menores de cinco años presentaba algún tipo de desnutrición, según peso para la edad.
- En 1989, la Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición realizada en 291 localidades con una población menor de 10 mil habitantes, reflejó que la desnutrición estaba presente en 44.4% de los menores de cinco años, según peso para la edad
- El instituto Nacional Indigenista aplicó en 1994, una encuesta en 15 estados de la república. Se obtuvo que 70% de la población indígena menor de cinco años de Oaxaca y Quintana Roo y el 84% de la de Yucatán tenía desnutrición, según el indicador peso/edad
- La Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición efectuada en 1995 entre 1 921 familias de la zona metropolitana de la Ciudad de México, permitió conocer que en base al indicador peso/talla, el 20.4% de la población menor de cinco años de edad estaba desnutrida".<sup>97</sup>

Una cuestión preocupante que hay detrás de este panorama es que el programa sostiene que encuestas sobre la práctica de la lactancia materna, revelan su disminución, particularmente en el medio rural; aunque se carece de información precisa sobre la deficiencia de micronutrientes. Sin embargo, se identifica a la desnutrición como un importante problema de salud pública que afecta a los niños, principalmente de la población marginada rural indígena. Un grave problema que refiere el programa es que la información no permite precisar la tendencia global del problema, ni las diferencias regionales, por lo que sugiere el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica que permita estimar su tendencia y el impacto de los programas de apoyo alimentario.

La grave situación expuesta en materia de nutrición de los menores de cinco años hizo reconocer que algunos retos que se deben superar son:

- a) "Los hábitos alimentarios difíciles de modificar
- b) El origen multifactorial de la desnutrición
- c) La disminución de la lactancia materna
- d) Deficientes programas de capacitación para las madres y el personal de salud
- e) Ausencia de sistemas de evaluación y seguimiento
- f) Deficiente calidad de la atención al niño".<sup>98</sup>

La meta que se planteó en el Programa de Gobierno de Ernesto Zedillo lograr para el año 2000 fue que por lo menos el 85% de las mujeres amamantaran a sus hijos los primeros cuatro meses de vida de los niños.

<sup>97</sup> Ibid. p 27

<sup>98</sup> Ibid.. p 28

## 2.4 PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD Y ALIMENTACIÓN EN PUEBLA 1999-2005

Lo expuesto hasta aquí revela la gravedad de la situación que enfrentan las mujeres en México y, en especial las mujeres embarazadas y lactantes que no tienen acceso a información sobre estos temas y menos aún a los servicios médicos que requieren para prevenir algún problema que afecte su salud. También se ha detallado el trabajo desarrollado por el Estado para modificar la realidad de las mujeres embarazadas, lactantes y de sus hijos. En esta parte del trabajo se expone la situación en el Estado de Puebla en base al diagnóstico y trabajo que se ha propuesto desarrollar el Programa Sectorial de Salud y Alimentación 1999-2005.

### 2.4.1 LA MUJER Y EL NIÑO EN PUEBLA

La situación que viven las mujeres de muchas comunidades rurales y urbanas de las diversas regiones del Estado de Puebla son una muestra de los retos que se tienen en cuanto a servicios de salud. Además, de las tremendas desigualdades que existen entre las diversas regiones del Estado de Puebla; pues entre ellas contrasta el mayor nivel de desarrollo de algunas poblaciones y la pobreza extrema de otras, donde los grandes rezagos educativos, de salud, alimentación, empleo y vivienda son factores condicionantes del desarrollo económico, social y político de hombres y mujeres.

Las condiciones sociales y económicas que existen en el Estado de Puebla reflejan una grave desigualdad en el desarrollo, ya que de sus 217 municipios, 141 son considerados de muy alta marginación; y equivalen al 64.9% del total, distribuyéndose entre las sierras norte, nororiental, negra y la mixteca. Más aún en las comunidades indígenas, rurales y urbano marginadas es más aguda la desnutrición entre niños menores de cinco años, mujeres gestantes, ancianos y discapacitados.

Por todo lo dicho, la falta de centros especializados en el Estado de Puebla, para dar atención a las enfermedades propias de las mujeres en unidades hospitalarias de tercer nivel colocan a las mujeres de las áreas rurales, indígenas y urbanas marginadas en un grave rezago que además por cuestión cultural no acuden a revisión médica convirtiéndose en un grupo altamente vulnerable. Como respuesta las autoridades de salud argumentan que la universalización del paquete básico de servicios de salud es un buen instrumento.

La situación que prevalece en Puebla en materia de salud y alimentación refleja los progresos que se han dado en el Estado y el atraso respecto al país. Las cifras que a continuación se presentan muestran los retos que se requiere superar para lograr el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en general, de la mujer embarazada y lactante y niños que son alimentados con leche materna.

"Según el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán el 58.5 y el 56.2% de las niñas y niños menores de cinco años respectivamente que viven en las zonas rurales padecen algún grado de desnutrición y Puebla se ubica en los niveles más altos de desnutrición." <sup>99</sup>

La importancia de trabajar muy de cerca con las mujeres embarazadas y lactantes en materia de salud y alimentación es evidente por las consecuencias que una mujer embarazada o lactante mal alimentada puede ocasionar en sus hijos. No es ocioso reiterar que el hecho de que los niños hayan sufrido desnutrición durante la lactancia tiene consecuencias de por vida o bien puede derivar en la muerte. Por ello es importante destacar que "la mortalidad por deficiencias derivadas de la desnutrición en menores de cinco años se ubico en 32.3 defunciones por 100 000 menores en la entidad en 1998, cifra que supera a la registrada en el país que es de 19.39 defunciones en ese año".<sup>100</sup>

El aumento de la población del estado también requiere que las mujeres en edad reproductiva reduzcan el número de hijos si es que se desea mejorar la salud de madres e hijos, "la natalidad alcanzó en 1998 una tasa de 27.39 nacimientos por mil habitantes con relación a los 31.7 que presento en 1990, la tasa nacional para 1998 fue 22.95 nacimientos por mil habitantes. La tasa global de fecundidad en el mismo periodo se redujo de 4.13 a 3.19 hijos por mujer".<sup>101</sup>

Los progresos que se han dado en materia de reducción de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida al nacer han contribuido en el crecimiento demográfico en el Estado de Puebla, "Se estima que en 1998 la esperanza de vida de las mujeres fue de 75.9 años, cifra superior a los 70.9 años de los hombres".<sup>102</sup> El comportamiento demográfico en el Estado de Puebla es una fuente de presión sobre los servicios de salud ya que según el Programa Sectorial de Salud y Alimentación, la población infantil redujo su participación en la población total de 44.08 a 36.74% en el periodo 1980-1999, mientras que los hombres y mujeres en edad productiva, es decir, entre 15 a 64 años aumentó su participación al pasar del 50.97 al 58.63% en el mismo periodo.

En cuestión de mortalidad dicho programa señala que "en 1998, las cuatro primeras causas de muerte fueron las enfermedades crónico degenerativas como las enfermedades del corazón, cirrosis y otras enfermedades del hígado, tumores malignos y la diabetes mellitus; seguidas por los accidentes, las afecciones originadas en el período perinatal y la neumonía e influenza. Las defunciones ocasionadas por deficiencias de la nutrición ocupan el noveno lugar y las enfermedades infecciosas intestinales el décimo quinto lugar".<sup>103</sup>

<sup>99</sup> Programa Sectorial de Salud y Alimentación. Gobierno del Estado de Puebla. Secretaria de Salud. p 12

<sup>100</sup> Ibid. p. 12

<sup>101</sup> Ibid. p. 14

<sup>102</sup> Ibid. p. 15

<sup>103</sup> Ibid. p. 15



En este panorama, hay que resaltar la situación de la salud de la mujer en Puebla en vista de que "el comportamiento de la mortalidad materna presenta reducciones durante la década de los noventa pasando de 8.24 en 1990 a 5.94 defunciones maternas por 10 000 nacimientos en 1998, cifra que se ubica 45% arriba del promedio nacional que es de 4.08 defunciones".<sup>104</sup>; quizá esta es la variable más crítica con relación a la salud ya que muestran las deficiencias de los servicios de salud que resienten las mujeres en general y las embarazadas y lactantes en particular.

Entre las principales causas de mortalidad de la mujer, están, según su importancia las hemorragias obstétricas, síndrome preclampsia, eclampsia y septicemia. Sin embargo en materia de planificación familiar "Puebla ocupa el segundo lugar con mayor desconocimiento de las prácticas anticonceptivas del país, únicamente 84.9% de las mujeres en edad reproductiva manifiesta conocer alguna metodología anticonceptiva, mientras que la media nacional se ubica en el 95.0%".<sup>105</sup>

Los factores que influyen en el desconocimiento referido son la edad, escolaridad y lugar de residencia. Sin embargo, conocerla no significa usarla; en las áreas urbanas siete de cada diez mujeres en edad fértil son usuarias de algún método anticonceptivo, en contraste con las áreas rurales donde cuatro de cada diez mujeres lo practican; bajo esta situación debe reconocerse que ha habido fallas en la orientación, información y sensibilización de la población sobre este tema, más aún que el programa comentado indica que la presencia de métodos anticonceptivos en el estado de Puebla se estima actualmente en el 62% de las mujeres en edad fértil

## 2.4.2 INFRAESTRUCTURA MÉDICA Y RECURSOS HUMANOS EN EL ESTADO DE PUEBLA

La situación en el ámbito de la salud tiene mucho que ver con la infraestructura hospitalaria y recursos humanos disponibles en el Estado de Puebla para atender la problemática de las mujeres en general y en particular de las mujeres embarazadas y lactantes e incluso para la atención que requiere el niño lactante. Las carencias que se aprecian en este Estado son reflejo de la interacción de muchos factores de orden económico, político, agrario, cultural, educativo e incluso geográfico que ha conformado una realidad socioeconómica que divide al Estado en diversas regiones que se caracterizan por la marginación que en diverso grado sufre la población de escasos recursos.

---

<sup>104</sup> Ibid. p. 18

<sup>105</sup> Ibid. p. 17

En materia de infraestructura hospitalaria para atender las necesidades de salud, es conveniente indicar que "En 1998 en la entidad existían 843 unidades médicas, que dan una disponibilidad de 2.3 unidades por 10 mil habitantes con relación al 1.7 del nivel nacional".<sup>106</sup>

Esto refleja el rezago que el Estado de Puebla tiene en cuestión de disponibilidad de unidades médicas, casas y centros de salud para mejorar las condiciones de vida de las mujeres embarazadas y lactantes tal como se lo proponen los distintos programas de carácter federal y estatal.

El reto que se tiene que superar en el Estado de Puebla en materia de instrucción sobre gestación y lactancia también tiene que ver con el porcentaje de la población que efectivamente puede recibir los servicios médicos, porque ello establece los límites a los que pueden llegar los programas. "En lo que se refiere a la cobertura de atención para el año de 1998, la población abierta cubierta fue de 3 058 784 habitantes, la cual representa un 60.24 por ciento del total de hombres y mujeres de la entidad. Los servicios de seguridad social cubren un 37.3 por ciento de la población y el 2.46% , es decir, 124 985 habitantes se encuentran sin servicios médicos. De esta última cifra el 1.69 por ciento que corresponde a 85 656 habitantes tienen acceso al paquete básico de salud, que es el servicio que se otorga a través de casas de salud, mientras que el 0.77 por ciento, que se refiere a 39 329 habitantes, no tienen acceso a ningún tipo de atención médica".<sup>107</sup>

Estas cifras hacen patente que a pesar de los distintos programas para asegurar el acceso a los servicios de salud a la totalidad de la población aún existen muchas personas que carecen de este beneficio; esto se da en un contexto de reforma del Estado y de graves limitaciones en el gasto social que se vive en un país dominado por el neoliberalismo, cuya política económica le da relevancia a mantener las finanzas públicas sanas aún a costa de la reducción del gasto público en salud, educación y vivienda, etc.

La realidad de Puebla en cuestión de salud pública también tiene que ver con los recursos humanos disponibles para dar respuesta a las demandas de servicios de salud. Sin embargo, se aprecia que en este renglón también hay un claro rezago respecto al promedio de médicos disponibles para atender a la población. "En la entidad existían en 1998, 5 mil 566 profesionales de la medicina en el sector salud, incluyendo las instituciones privadas que dan un indicador de 1.1 médicos por mil habitantes, cifra inferior a la media nacional que es de 1.3 médicos. Por régimen, en las instituciones que atienden a la seguridad social se ubican el 47.5% de los profesionales de la medicina con un indicador de 1.2 por mil habitantes y en las que atienden a la población abierta el 52.5% con un indicador de 0.9 médicos por mil habitantes".<sup>108</sup>

Los datos anteriores muestran las limitantes que existen en Puebla en materia de infraestructura y recursos humanos para atender a la población. Esta situación es mucho más grave si se analizan las

<sup>106</sup> Ibid. p. 5

<sup>107</sup> Ibid. p. 7

<sup>108</sup> Ibid. p. 7

condiciones que existen en cada región del estado ya que entre ellas existen graves desigualdades y es obvio pensar que los recursos están concentrados en la ciudad de Puebla.

Otro perfil de la posibilidad que tienen los habitantes y en particular las mujeres embarazadas y lactantes de tener acceso a los servicios médicos es que "la disponibilidad de camas censables nos dan una idea de la situación que guarda el servicio hospitalario, en este sentido en la entidad existían 3 144 camas censables en el sector público que dan una disponibilidad de 0.6 camas por mil habitantes, indicador inferior al 0.8 registrado en el país. Por régimen de atención el indicador muestra diferencias, ya que en las instituciones que atienden a la seguridad social se registra un indicador de 0.82 y en las que atienden a la población abierta alcanza 0.7 camas censables por mil habitantes atendidos".<sup>109</sup>

Tampoco existen los suficientes consultorios y unidades médicas para una cobertura total de la población abierta y no abierta con los programas que incluyen atención a la salud reproductiva "al correlacionar las unidades médicas con los consultorios se encuentra que en la entidad existían 1 789 consultorios con un indicador de 3.6 por 10 000 habitantes, mientras que en el país el indicador asciende a 4.8 consultorios".<sup>110</sup>

Otro problema que enfrenta la población es la duplicidad de servicios que "han propiciado que en Puebla exista subutilización de los recursos destinados a la salud. La ocupación hospitalaria alcanza el 61.1% y el promedio de consultas por médico 15.3, mientras que las normas nacionales establecen el 80.0% y 18.0 consultas respectivamente. En el estado de Puebla el gasto per cápita en el área de la salud en 1997 alcanzó los 380 pesos, cifra muy inferior a la nacional que fue de 802.5 pesos, el indicador estatal representa el 47.3% del nacional; situación que resulta preocupante debido a que como se mencionó anteriormente, la entidad es de las más pobladas del país, a lo que se le agregan los altos niveles de marginación y la alta dispersión geográfica entre otros factores".<sup>111</sup>

### **2.4.3 ESTRATEGIA DEL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD Y ALIMENTACIÓN DEL ESTADO DE PUEBLA.**

Son muy diversas las acciones que en materia de salud las autoridades del estado vienen desarrollando. De todas ellas, el objetivo específico del Programa Sectorial de Salud y Alimentación 1999-2005 del actual gobernador Lic. Melquiades Morales Flores consiste en consolidar las acciones de educación y capacitación en materia de salud para el establecimiento de hábitos y estilos de vida favorables entre los

<sup>109</sup> Ibid. p. 9

<sup>110</sup> Ibid. p. 9

<sup>111</sup> Ibid. p. 10

hombres y mujeres de Puebla. En materia educativa tal programa sostiene cumplir sus metas relacionadas con el presente trabajo en los siguientes puntos:

- a) Elevar de 56.5% a 90% la proporción de hombres y mujeres orientados sobre acciones para proteger su salud con un mínimo de dos pláticas por año, durante el período 1999-2005.
- b) Promover la construcción del hospital de la mujer, que permita ofrecer atención médica especializada en problemas de salud que afectan a la población femenina del estado.
- c) Ubicar la mortalidad por deficiencias de la nutrición de los niños menores de cinco años del Estado en 37.9 durante los próximos seis años.
- d) Reducir la mortalidad infantil de menores de cinco años de 6.79 a 5.5 durante los siguientes seis años

El fortalecimiento de los programas de atención a la mujer en salud reproductiva, asesoría jurídica, alimentación, nutrición, planificación familiar y violencia están orientados a consolidar las acciones destinadas a mejorar la salud reproductiva de los hombres y mujeres que están en los extremos de su vida reproductiva, complementándose con los programas de vacunación de niños y mujeres embarazadas.

En el programa de promoción y fomento de la salud se había de desarrollar la cultura de la salud entre hombres y mujeres modificando los hábitos y estilos de vida desfavorables para la salud individual, familiar y colectiva. En este programa se incluye el subprograma de Mujer, Salud y Desarrollo. Otros programas que destacan dentro del Programa Sectorial de Salud y Alimentación porque pueden contribuir a la salud de la mujer en edad reproductiva y niños lactantes son el Programa de Cobertura Universal que se planteo desde el año 2000, Programa de Casas de Salud, Programa de Unidades Móviles, Programa de Mejoramiento de la Calidad en la Atención Médica y Programa de Atención Curativa que le permita "Otorgar a la población, de acuerdo con sus necesidades, una atención médica integral, equitativa, oportuna, accesible y de calidad, con énfasis en la entrega del Paquete básico de servicios de salud, la atención médica quirúrgica oportuna de segundo y tercer nivel y la atención psiquiátrica eficiente y de calidad para que mediante acciones curativas de rehabilitación y de fomento de la participación comunitaria en la operación de los servicios y el auto cuidado de la salud, se impacte favorablemente en la incidencia y prevalencia de las enfermedades prevenibles".<sup>112</sup>

Dentro de este Programa Sectorial de Salud y Alimentación 1999-2005, se pueden resaltar los programas que el DIF estatal tiene para mejorar la nutrición de los menores de cinco años, mujeres embarazadas, personas discapacitadas y los ancianos de la población de las comunidades, municipios y localidades marginadas del estado de Puebla otorgándoles ayuda alimentaria mediante los programas de atención y Mejoramiento Nutricional, de Leche Subsidiada, de tiendas Rurales y Abasto de Maíz, de Asistencia Social Alimentaria Familiar, para la liquidación al Subsidio de la Tortilla, de Cocinas Populares y Unidades de

---

<sup>112</sup> Ibid. p. 43

Servicios Integrales, de Desayunos Calientes, de Raciones Alimenticias, de Huertos Familiares, y de Educación, Salud y Alimentación.

El mejoramiento en las condiciones de vida de las mujeres mediante la instrucción o capacitación que deben recibir las mujeres embarazadas y lactantes también requiere de otras acciones como las propuestas en el Programa de Atención a la Salud de la Niñez que entre sus diversas cuestiones incluye la decisión de proporcionar el esquema básico de Toxide Tetánico Diftérico (2 dosis) a todas las mujeres en edad fértil con énfasis en las embarazadas para eliminar el tétanos neonatal y reforzar la protección contra la difteria, reducir la mortalidad por diarreas mediante la promoción de la hidratación oral para la prevención y tratamiento de la deshidratación consecutiva a diarrea en menores de cinco años, disminuir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas y deficiencia en la nutrición en menores de cinco años.

El Programa de Salud Reproductiva es importante en el mejoramiento de las condiciones de vida de mujeres embarazadas y lactantes porque se plantea que la política demográfica y de salud reproductiva reduzcan la pobreza al atenuar el crecimiento demográfico mejorando la condición de la mujer y fortaleciendo la familia.

El objetivo del Programa de Salud Reproductiva pretende garantizar a la población el acceso universal a la planificación familiar con las diversas alternativas de los métodos anticonceptivos seguros y aceptables para todas las etapas de vida reproductiva con el derecho a decidir el espaciamiento y número de hijos. Para el caso de las mujeres se habla de "Garantizar su derecho a la información y servicios de calidad en salud perinatal, que incluyen el fomento de la nutrición materna, control prenatal con énfasis en los embarazos de alto riesgo, en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, en el manejo de las complicaciones del aborto, así como atención adecuada del parto, acceso a los servicios obstétricos de emergencia, atención del puerperio, orientación, consejería en anticoncepción posevento obstétrico, con total respeto a los derechos reproductivos, atención del recién nacido y lactancia materna exclusiva".<sup>113</sup>

Estos planteamientos incluyen distintas alternativas para el cuidado durante el embarazo y la etapa perinatal, con énfasis en la detección oportuna y referencia de embarazos de alto riesgo de las mujeres de áreas marginadas urbanas, disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino y mamario y detectar oportunamente los casos para su control y prevenir los factores de riesgo preconcepcional que deriven en fallas reproductivas disminuyendo los daños a la salud de la mujer. Todas estas actividades están incluidas en los subprogramas de planificación familiar, salud perinatal, salud de la mujer, salud reproductiva de los adolescentes, disminución del riesgo preconcepcional y el programa estatal de cooperación 1997-2001.

---

<sup>113</sup> Ibid. p. 60

## **CAPÍTULO III**

### **REALIDAD SOCIAL Y ECONÓMICA DE LAS MUJERES EN GESTACIÓN Y LACTANCIA DEL CENTRO DE SALUD REFORMA SUR Y LA LIBERTAD**

## CAPÍTULO III

### REALIDAD SOCIAL Y ECONÓMICA DE LAS MUJERES EN GESTACIÓN Y LACTANCIA DEL CENTRO DE SALUD REFORMA SUR Y LA LIBERTAD

Para realizar este trabajo se eligió el Centro de Salud Reforma Sur y Centro de Salud la Libertad por ser instituciones que imparten servicios de salud de primer nivel en donde trabajo social tiene una labor importante entre una población cuyas características son que la mayor parte de ella es infantil, femenina y de escasos recursos, aspectos que son congruentes con la población en estudio. El trabajo se desarrollo en el departamento de trabajo social participando en los programas de promoción de la salud y salud reproductiva. Esta última incluye consulta prenatal, consulta al niño sano, planificación familiar y la prueba papanicolaou, mediante la participación del equipo multidisciplinario de ambas instituciones.

#### INSTITUCIONES

##### CENTRO DE SALUD REFORMA SUR

DIRECCIÓN: 5 SUR No. 306

COL. REFORMA SUR

TEL : 2-31-12-45

##### CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD

DIRECCIÓN : 4 SUR Y AV. AQUILES SERDAN

COL. LA LIBERTAD

TEL : 2-49-50-30

#### SERVICIOS QUE PRESTAN LOS CENTROS DE SALUD REFORMA SUR Y LA LIBERTAD

\*Consulta general

Consulta prenatal

Consulta niño sano

Consulta odontológica

Atención a pacientes diabéticos

Atención a Pacientes hipertensos

Planificación familiar

Atención de agredidas por animal

Aplicación de vacunas

Manejo de pacientes con diarrea

Toma de papanicolaou

Desparasitación familiar<sup>114</sup>

### 3.1 METODOLOGÍA

La población atendida por el Centro de Salud Reforma Sur y el Centro de Salud la Libertad fue de 250 mujeres en edad reproductiva de agosto, septiembre y octubre del año 2000; la población objeto de estudio de este trabajo esta integrada por 25 mujeres que representan el 10% de las personas atendidas por ambos centros durante los meses mencionados. De las 25 mujeres 19 corresponden al Centro de Salud Reforma Sur y 6 al Centro de Salud la Libertad. En el período mencionado anteriormente, en el Centro de Salud Reforma Sur se impartieron aproximadamente 178.5 consultas y en el Centro de Salud La Libertad 71.5

Para realizar este trabajo se baso en la aplicación de tres instrumentos para la recopilación de la información. El cuestionario se utilizó para hacer la evaluación de la lactancia materna; el estudio socioeconómico, para conocer la situación de las mujeres embarazadas y lactantes y, la cédula diagnóstica para saber si las mujeres alimentaban o no con su leche a sus hijos y conocer el peso y talla de los niños.

El cuestionario se aplicó en dos ocasiones, el primero de ellos se realizó al inicio de la capacitación, en los meses de agosto a octubre del 2000 y tubo como objeto saber que conocimientos tenían las mujeres acerca de la gestación y la lactancia materna. El segundo cuestionario se efectuó al término de la capacitación, para comparar los conocimientos adquiridos con los que ya se tenían antes de la realización del trabajo.

Se elaboró un estudio socioeconómico por cada mujer entrevistada a fin de contar con un panorama general de la situación socioeconómica y familiar para tener un diagnóstico de las mujeres. Otro instrumento utilizado fue la Cédula, que sirvió para recopilar información más específica de la nutrición del niño, así como la frecuencia de enfermedades. Los datos proporcionados por la madre fueron integrados con los expedientes de la institución, donde se incluyen los datos de la población.

<sup>114</sup> Datos del año 2000, proporcionados por los coordinadores de los Centros de Salud Reforma Sur y La Libertad.



### 3.2 INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN POR CENTRO DE SALUD

#### CENTRO DE SALUD REFORMA SUR

Cuestionarios (2 x cada mujer)	38
Estudio socioeconómico	19
Cédulas	19
Instrumentos	76
Mujeres embarazadas	8
Mujeres lactantes	11
Entrevistas	19

#### CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD

Cuestionarios (2 x cada mujer)	12
Estudio socioeconómico	6
Cédulas	6
Instrumentos	24
Mujeres embarazadas	4
Mujeres lactantes	2
Entrevistas	6

#### DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

Mujeres embarazadas y lactantes de 17 a 32 años de edad registradas según expedientes

Total de mujeres embarazadas :	48
Total de mujeres lactantes :	52
Total de instrumentos aplicados:	100

#### CENTRO DE SALUD REFORMA SUR

Población total de mujeres atendidas: 51 mujeres embarazadas, registradas en expedientes, de las que una tiene 15 años y otras tres 16, 34 y 38 años de edad respectivamente, por lo cual están excluidas de la población a estudiar por ser casos aislados respecto a lo que se especificó en el rango de edades para posteriormente codificar de mejor manera los datos.

Población registrada en expedientes:	83
Atendidas:	
Mujeres embarazadas:	47
Mujeres lactantes:	32

## CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD

Población registrada en expedientes	13
Atendidas:	
Mujeres embarazadas	3
Mujeres lactantes	3

### 3.3 CRITERIOS DE LA INVESTIGACIÓN

Una actividad importante de esta investigación fue la determinación del lugar, tiempo, y reunión de materiales, recursos y documentación para impartir las pláticas y realizar el estudio individualizado. La invitación a asistir al curso sobre gestación y lactancia materna se realizó con la promoción en cartulinas e invitaciones personales. Tales carteles se instalaron en lugares estratégicos de las instituciones, incluso en establecimientos concurridos como mercados, escuelas y negocios aledaños; invitando a las mujeres lactantes y señoras embarazadas. Las pláticas fueron programadas para realizarse dos días por semana de agosto a octubre del año 2000 de 9:30 a 10:30 a.m. especificando el tipo de población, temas y lugar donde serían impartidas.

En las fechas señaladas para el desarrollo de las pláticas no hubo asistencias de las mujeres en ninguno de los centros de salud. Por inasistencia y apatía de las usuarias por desconocimiento de la importancia de las pláticas no se formaron los grupos como se esperaba, por lo que se reprogramaron para realizarse por la tarde, pero aún así no había participación.

Ante dicha situación se insistió en la colaboración de los médicos generales, las enfermeras y demás personal de las instituciones. La mayoría del personal mostró apatía, pero se contó con el apoyo de la enfermera de vacunas y una trabajadora de intendencia. Cuando las usuarias estaban en la sala de espera se les invitaba a la plática, que generalmente no concluía porque éstas debían asistir a su consulta, otras desertaban por temor a perderla o no disponer de tiempo.

La apatía de las mujeres se debió a que no existe una adecuada información sobre la importancia de la atención de la salud de la mujer lo que evito que se consolidaran los grupos como se esperaba. En algunos casos la instrucción fue individual, aunque esta forma de trabajar también fue interesante porque hubo confianza para que las mujeres hicieran preguntas personales.

El estudio se llevó a cabo por medio de trabajo social desde una atención individualizada y de grupo. En los grupos de cada centro de salud se impartieron pláticas (ver el guión en el anexo). Después de la presentación de cada plática se procedía a repartir el cuestionario de evaluación que sirvió de indicador de los

conocimientos que tenían acerca de los temas; se preguntó si anteriormente habían tenido orientación o capacitación acerca de los temas, se iniciaba la plática partiendo del cuidado y atención en el embarazo, continuando con lactancia materna. Durante las sesiones se utilizó la dinámica lluvia de ideas en donde las usuarias participan y manifiestan dudas sobre gestación y lactancia.

Al inicio de la plática se pidió a las usuarias que contestaran el primer cuestionario, al concluir la sesión se solicitaba a la participante que contestara el segundo cuestionario, a la vez que se les informaba de los servicios de las Instituciones; se realizaba el estudio socioeconómico y aplicaba la cédula. Al final de la plática se hacían preguntas con la intención de reforzar algunos conocimientos y aclarar dudas.

Se procedió a impartir las pláticas con el grupo integrado por seis mujeres de la colonia Santa Cruz Buena Vista, de éstas solo tres estaban dentro del rango de la población a estudiar, es decir entre 17 y 32 años. Este grupo mostró gran interés en las pláticas ya que una de las mujeres ofreció voluntariamente su casa donde se llevarían a cabo las pláticas, asistían con constancia y puntualidad, mostrando interés, atención y participación.

Al estar trabajando en el Centro de Salud Reforma Sur, conforme llegaban las mujeres embarazadas y lactantes de 17 a 32 años de edad, se les invitó a pasar a las pláticas, se daba inicio a la instrucción, pero no siempre se tenía éxito; a veces las usuarias mostraban inquietud, por temor a perder su consulta. Hubo ocasiones en que se continuó la sesión con una sola usuaria.

En el Centro de Salud La Libertad, tampoco hubo asistencia de las mujeres a la plática. La trabajadora social brindó apoyo para el logro de las pláticas impartidas a un grupo integrado por seis mujeres. Las visitas domiciliarias para invitar a las mujeres embarazadas y lactantes se llevaron a cabo por el grupo de profesores jubilados, organizados por la trabajadora social.

Para impartir las pláticas se utilizaron los Planes de Lactancia Materna y Salud Reproductiva del IMSS, Alimentación y nutrición de Leopoldo Vega Franco, Lactancia y Salud de Juan Neilson, La Madre y el niño del Dr. Isidro Aguilar, Desarrollo Humano de F. Philip Rice y Desarrollo Psicológico de Garce J. Graig y una película de lactancia materna, además de rotafolios y carteles, para convencer a las mujeres de aprovechar su leche, ya que éste alimento cumple con las necesidades nutricionales del niño.

Durante el desarrollo de la instrucción sobre embarazo se indicó lo siguiente:

- . Las mujeres deben estar bajo control médico.
- . En qué momento el embarazo puede ser de alto riesgo.

- . Cuidados personales que las usuarias deben tener.
- . Importancia de una buena alimentación en el embarazo como en el periodo de lactancia
- . Los cuidados y técnicas para la lactancia
- . Ventajas que representa para la mujer y su hijo el alimento con leche materna.

### **3.4 DATOS GENERALES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.**

Las tres herramientas de trabajo; cuestionario de evaluación de lactancia materna, estudio socioeconómico y cédula elaborados por la trabajadora social se realizaron de acuerdo a la investigación y recopilación de información.

Con el primer cuestionario de evaluación de lactancia materna se recopiló información de las 25 mujeres para hacer posible la evaluación de los conocimientos sobre lactancia materna, en consecuencia se podrá comparar los dos resultados del cuestionario.

El estudio socioeconómico se aplicó para conocer la situación familiar económica y cultural de las mujeres, se aclara que los conceptos y criterios utilizados en esta herramienta, así como la escala para evaluar fueron retomados del manual del "Sistema de cuotas de recuperación de la Secretaría de Salud", y se respetó la cotización del salario mínimo de \$ 30.00 al día o \$ 900.00 mensuales, vigentes en el periodo de investigación.

La cédula registró los datos más específicos de alimentación de las mujeres y niños, la información recabada permitirá comparar con el diagnóstico médico y expedientes de los Centros de Salud Reforma Sur y la Libertad y corroborar el estado de desnutrición de las mujeres, el estado de salud de los niños y el éxito de la alimentación con leche materna.

#### **ESTADO DE LA MUJER**

El siguiente cuadro y grafica ilustran que de las 25 mujeres incluidas en el trabajo, 12 están embarazadas, representando el 48% del total y 13; es decir, el 52% se encuentran alimentando a sus hijos con su leche.

**CUADRO 1**  
**ESTADO DE LAS MUJERES**

Situación de la mujer	N° de Casos	%
Embarazadas	12	48.0
Alimentando a sus hijos	13	52.0
Con leche materna	0	0.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud.

## ESCOLARIDAD

El grado de escolaridad de las 25 mujeres en estudio arroja el siguiente resultado: 4 de ellas, es decir, el 16% son analfabetas; 5 señoras, o sea el 20% concluyeron la primaria; 4 embarazadas o lactantes, equivalentes al 16% no concluyeron la primaria; 24%, o bien 6 personas terminaron la secundaria; dos personas, equivalentes al 8% no terminó la secundaria; las mujeres con escolaridad técnica incompleta ascienden al 4%; y finalmente 3 mujeres, representantes del 12% tienen bachillerato completo tal como puede apreciarse en el cuadro y grafica siguiente. De las cifras mencionadas llama la atención que el 24% de las mujeres, que es la mayoría, tiene secundaria completa y que el porcentaje más bajo, 4% corresponde al nivel técnico como diseño gráfico y otros.

**CUADRO 2**

ESCOLARIDAD		
TOTAL	25	100%
Analfabeta	4	16.0
Primaria incompleta	4	16.0
Primaria	5	20.0
Secundaria incompleta	2	8.0
Secundaria	6	24.0
Técnica incompleta	1	4.0
Técnica	0	0.0
Bachillerato	3	12.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud.

GRÁFICA 1



Fuente: Cuadro 2.

## LUGAR DE ORIGEN

De las 25 mujeres entrevistadas, 13 de ellas equivalentes al 52% de las mujeres incluidas en este trabajo son originarias de la ciudad de Puebla, 6 mujeres o el 24% son del interior del estado de Puebla, el 8% de Veracruz, el 4% o una persona es originaria de Morelos, y el resto de ellas proviene de otros estados como se indica en el cuadro siguiente.

CUADRO 3

LUGAR DE ORIGEN		
ESTADO	Nº de mujeres	%
Puebla, Pue.	13	52.0
Interior de Puebla	6	24.0
Morelos	1	4.0
Veracruz	2	8.0
Tlaxcala	1	4.0
Hidalgo	1	4.0
Estado de México	1	4.0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud.

GRÁFICA 2



Fuente: Cuadro 3.

## ESTADO CIVIL

El cuadro y gráfica siguiente indican que la mayoría de las mujeres viven en unión libre. Dicha situación es preocupante por el efecto negativo que ello pueda significar para las mismas señoras y sus hijos en materia económica porque la mayoría de las personas que asisten a los centros de salud no cuentan con una seguridad social, la mayoría se dedican al trabajo informal, no tienen un salario estable, y los gastos médicos afectan la situación económica de las familias y las posibilidades para atender satisfactoriamente sus necesidades, además de que en ocasiones es un factor de inestabilidad de la familia repercutiendo en el bienestar emocional de la mujer y sus hijos.

De las 25 mujeres, 12 de ellas, equivalentes al 48% del total viven en unión libre, 9 de las señoras o sea el 36% son casadas y el restante 16% que son 4 mujeres son madres solteras.

CUADRO 4

ESTADO CIVIL		
CONCEPTO	N° DE MUJERES	%
Soltera	4	16.0
Casada	9	36.0
Viuda	0	0.0
Divorciada	0	0.0
Unión Libre	12	48.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud.

GRÁFICA 3



Fuente: Cuadro 4.



## TIPO DE FAMILIA

Otro aspecto determinante para entender la situación que viven las mujeres participantes en este trabajo de investigación, consistió en el núcleo familiar que es considerado como unidad básica de una organización social donde se experimenta la educación, la economía, la religión, prototipos, entre otros.

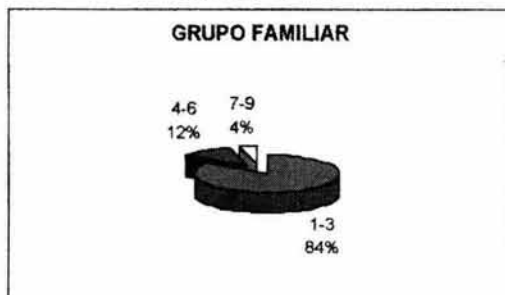
Los tipos de familia con los que se trabajó: nuclear y de origen. El padre, la madre y los hijos siguen siendo considerados como prototipo, cambiando de forma drástica a partir de la industrialización, dando pauta para la transformación a "la familia moderna como lo señala el psicólogo Nathan W. Ackerman, pero el sociólogo Luis Leflero considera a la familia tradicional y moderna, como el resultado de los prototipos de la misma cultura, afirmando que la familia puede ser ubicada: según el contexto social de pertenencia; según composición doméstica". La familia moderna, se caracteriza principalmente por la industrialización, la producción en serie de mercancías, la emigración y los cambios que modifican la vida de las familias, principalmente el rol de la mujer por integrarse al medio productivo, tiene más derechos, ocasionando que la mujer sea más independiente y autónoma.

El grupo familiar es determinado por el número de integrantes que conforman la familia y dependen del mismo ingreso económico, se aprecia que el 84%; es decir, la mayoría están integradas por una a tres personas, el 12% incluyen de 4 a 6 personas; y el restante 4% tiene de 7 a 9 integrantes como se aprecia en el siguiente cuadro y gráfica.

**CUADRO 5**

GRUPO FAMILIAR				
INTERVALO Núm. De integrantes	CALIFICACIÓN	N° DE MUJERES	%	
10 - +	0	0	0.0	
7 - 9	1	1	4.0	
4 - 6	2	3	12.0	
1 - 3	3	21	84.0	
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud.

**GRÁFICA 4**

Fuente: Cuadro 5.

**RELIGIÓN**

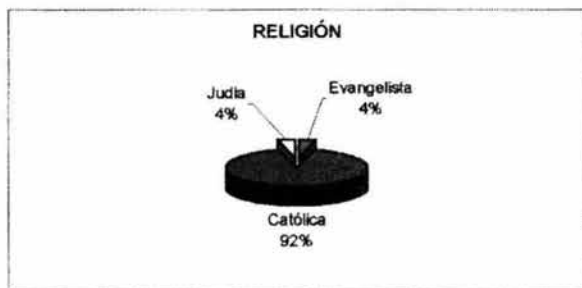
Sobre la creencia religiosa de las mujeres incluidas en el presente trabajo, se tiene lo siguiente: La religión predominante es la católica, a la que pertenece el 92% de las mujeres y el restante 4% son de religión evangelista y judía respectivamente.

**CUADRO 6**

<b>RELIGIÓN</b>		
RELIGIÓN	N° DE MUJERES	%
Católica	23	92.0
Evangelista	1	4.0
Judía	1	4.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud.

GRÁFICA 5



Fuente: Cuadro 6.

### 3.5 SITUACIÓN ECONÓMICA

El nivel socioeconómico se midió con datos referentes al grupo familiar que se vincula al número de personas que dependen de un mismo ingreso económico; ocupación que esta en función del salario mínimo, tomando como referencia la cotización que maneja el INEGI, que es de \$ 900.00 mensuales. Estos conceptos son como eslabones estrechamente vinculados entre sí, ya que funcionan como condicionantes en la calidad de vida de la mujer embarazada o lactante y tienen grandes repercusiones en la salud de las mujeres y los niños.

Para poder elaborar el estudio socioeconómico, los conceptos y criterios se retomaron del manual "Sistema de Cuotas de Recuperación de la Secretaría de Salud", este manual es el respaldo del estudio socioeconómico que maneja la institución y tiene como principal objetivo recuperar el costo del servicio de salud de la población abierta; que estará determinando por el ingreso económico estimado en el salario mínimo. A diferencia del estudio social que elaboró la trabajadora social, es exclusivamente para la investigación y tiene la finalidad de saber las condiciones sociales y culturales de las 25 mujeres en estudio, confirmando que el nivel socioeconómico es la calificación total de la información obtenida y evaluada, de acuerdo a rangos e intervalos de la información recopilada (ver estudio socioeconómico en el anexo).

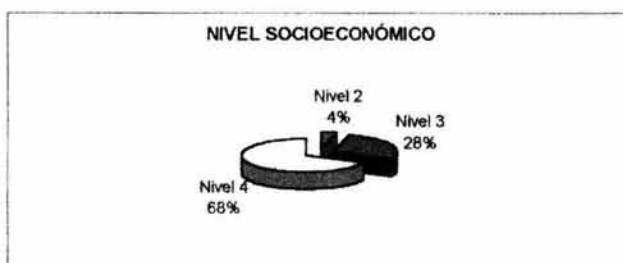
Tomando en consideración estos parámetros se estableció que de las 25 mujeres entrevistadas, el 68%, representa a la mayoría y se ubica en el nivel 4, el 28% corresponden al nivel 3, y solo el 4% se ubica en el nivel 2, (ver estudio socioeconómico en el anexo).

CUADRO 7

NIVEL SOCIOECONÓMICO			
INTERVALO ESC. DE CALIF.	NIVEL	N° DE MUJERES	%
0 - 3	1	0	0.0
4 - 7	2	1	4.0
8 - 11	3	7	28.0
12 - 15	4	17	68.0
16 - 20	5	0	0.0
21 - 25	6	0	0.0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud.

GRÁFICA 6



Fuente: Cuadro 7.

\* INTERVALO DE ESCALA DE CALIFICACIÓN.

### 3.6 OCUPACIÓN

#### OCUPACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS O LACTANTES

Otro asunto relevante para poder entender la problemática en la cual viven las mujeres embarazadas y lactantes es su situación económica. En este sentido, cabría cuestionarse, si las mujeres embarazadas o lactantes no deberían trabajar. Sin embargo, el tener un empleo es determinante para las mujeres porque significa la posibilidad de que tengan acceso a las prestaciones, servicios y seguridad social para beneficio propio y de su hijo.

Contrariamente a lo anterior, cuando la mujer depende económicamente de su marido su bienestar y el de su hijo queda limitado a la voluntad e ingreso del esposo. Las mujeres incluidas en este trabajo se encuentran en una posición verdaderamente preocupante porque de las 25 mujeres que integran la muestra, 24 de ellas, equivalentes al 96%, no trabajan. El hecho de no contar con trabajo e Ingreso propio limita sus posibilidades de bienestar por tener menos recursos para procurarse de lo necesario para su salud y la de su hijo; en cambio cuando la mujer trabaja, aporta ingreso al gasto familiar colaborando en el bienestar familiar. Sin embargo, la mujer que trabaja no se encuentra en una situación ventajosa porque su ingreso como empleada doméstica es bajo.

**CUADRO 8**

OCUPACIÓN		
TIPO DE ACTIVIDAD	N° DE MUJERES	%
Labores del hogar	24	96.0
Empleada doméstica	1	4.0
Obrera	0	0.0
Empleada	0	0.0
Profesional	0	0.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud.

GRÁFICA 7



Fuente: Cuadro 8.

## OCUPACIÓN DEL ESPOSO O RESPONSABLE DEL INGRESO

Ya se mencionó que las señoras que fueron incluidas en el presente trabajo de investigación deben su precaria situación a su dependencia económica (incluyendo a la señora que trabaja como empleada doméstica) respecto a su pareja o pariente que aporta el ingreso familiar. El tipo de empleo de quién aporta el ingreso económico a la familia determina la calidad de la alimentación y servicios médicos de las mujeres embarazadas y en su caso en la forma en la que pueden alimentar a su bebé, beneficiando o dañando la vida del hijo al nacer y sus expectativas de vida en el corto plazo.

El cuadro que se presenta a continuación permite apreciar que uno de los responsables del ingreso familiar está desempleado haciéndonos reflexionar la grave situación que viven. Diez de los responsables del ingreso, equivalentes al 40% son subempleados, dedicados al ambulante o alguna actividad familiar, cuestión que significa que no cuentan con un trabajo fijo, no laboran una jornada de trabajo completa o no tienen derecho a prestaciones, esto afecta su nivel de ingreso.

Tres de los responsables del ingreso económico son obreros que representan el 12%, y once de las personas que aportan el ingreso laboran como empleados, representando el 44%, lo cual permite deducir que ofrecen un mejor nivel de vida a la mujer lactante o embarazada que depende de ellos. Finalmente se observa que de los 25 responsables del ingreso económico 3 que se identifica con el 12% no cuentan con una preparación técnica o profesional reafirmando la situación de los bajos ingresos económicos.

CUADRO 9

OCUPACIÓN DEL RESPONSABLE DEL INGRESO ECONÓMICO			
OCUPACIÓN	CALIFICACIÓN	RESP. DEL INGR.	%
Desempleado	0	1	4.0
Subempleado	1	10	40.0
Obrero	2	3	12.0
Empleado	3	11	44.0
Técnico	4	0	0.0
Profesionista	5	0	0.0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud.

GRÁFICA 8



Fuente: Cuadro 9.

### 3.7 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

#### TIPO DE VIVIENDA

El 80%, o 20 de las 25 mujeres de la muestra residen en casas o departamentos tipo popular, que son espacios reducidos y donde viven varias familias, el 12% vive en vecindad y el 8% en casa o departamento residencial; es decir, viviendas de interés social, financiadas por el gobierno. Las mujeres y sus familias que viven en departamento o casa popular enfrentan serias limitaciones ya que de 4 a 6 personas comparten un solo dormitorio y en otra habitación realizan sus demás actividades; con frecuencia carecen de algún servicio público. Cabe recordar que los criterios del tipo de vivienda y servicios fueron retomados del manual "Sistema de Cuotas de Recuperación de la Secretaría de Salud"

Las familias que rentan y viven en vecindad hacen frente a una realidad más deplorable porque disponen de un solo cuarto para realizar sus diversas actividades. Los servicios que prestan las mismas son deficientes ya que frecuentemente en dichas vecindades existe un solo baño para todo el vecindario. El 8% de las viviendas de la muestra cuenta con los servicios básicos y en pocas ocasiones carecen de algún servicio público como la pavimentación.

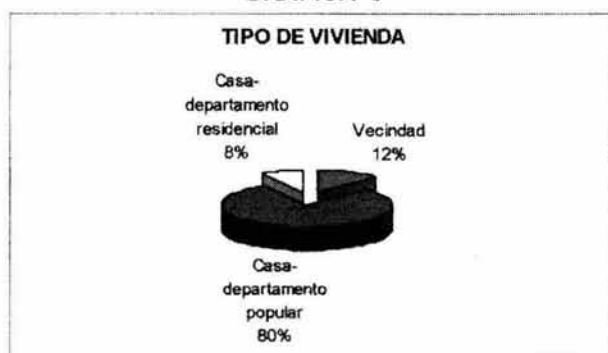
**CUADRO 10**

TIPO DE VIVIENDA			
CONCEPTO	CALIFICACIÓN	N° DE CASOS	%
Vecindad	1	3	12.0
Casa-departamento popular	2	20	80.0
Casa-departamento residencial	3	2	8.0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud.



GRÁFICA 9



Fuente: Cuadro 10.

## PROPIEDAD DE LA CASA HABITACIÓN

El 52% de las mujeres habitan en casa o vivienda rentada. Tal situación sumada a los bajos ingresos de tales familias hacen patente sus limitaciones para atender sus necesidades básicas de alimentación, vestido y atención médica. El 28% de las mujeres y sus familias viven en casa o departamento prestado; la realidad de estas mujeres y sus familias puede considerarse ventajosa a la situación de quienes rentan, ya que se ahorran dicho gasto, pudiendo destinar esos recursos para hacer frente a otras necesidades. También refleja una posición mas desventajosa respecto a quienes rentan porque podría tratarse de familias que ni siquiera cuentan con la capacidad para pagar la renta de una vivienda o departamento. El 20% de las mujeres y su familia cuentan con casa sin que ello signifique que tales viviendas cuenten con los servicios mínimos como agua potable, drenaje, alumbrado público y calles pavimentadas, (ver anexo).

CUADRO 11

TIPO DE PROPIEDAD DE LA VIVIENDA			
CONCEPTO	CALIFICACIÓN	N° DE CASOS	%
Renta	0	13	52.0
Prestada	1	7	28.0
Propia	2	5	20.0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud.

GRÁFICA 10



Fuente: Cuadro 11.

## **CAPÍTULO IV**

### **CAPACITACIÓN A MUJERES EN GESTACIÓN Y LACTANCIA DE LOS CENTROS DE SALUD REFORMA SUR Y LA LIBERTAD**

## CAPÍTULO IV.

### CAPACITACIÓN A MUJERES GESTANTES Y LACTANTES DEL CENTRO DE SALUD REFORMA SUR Y CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD

#### 4.1 INSTRUCCIÓN A 25 MUJERES SOBRE GESTACIÓN Y LACTANCIA

En la instrucción que se proporciona a las mujeres embarazadas se mencionan aspectos como que es la gestación, los riesgos más frecuentes en las mujeres embarazadas y lactantes y la importancia de su control médico, así como el cuidado de su alimentación e higiene como se señala en el anexo.

Durante la gestación y lactancia materna la mujer requiere de una atención especial, particularmente en el ámbito de la alimentación del bebé con leche materna. Sara Pérez, jefa de lactancia materna en el Instituto Nacional de Nutrición señala a esta "como objeto de estudio de las ciencias sociales, es un fenómeno que apenas estamos conociendo. Así como la leche materna no ha podido ser igualada en los laboratorios de las empresas transnacionales productoras de sucedáneos, tampoco los procesos humanos de amamantamiento se conocen a profundidad, ni la multiplicidad de los factores sociales que los sustentan".<sup>115</sup>

De esta manera se puede explicar la complejidad de la lactancia materna desde el punto de vista biológico, retomando los cambios de carácter físico y metabólicos de la mujer y el niño. La antropología exhibe registros de cifras que indican los cambios en la práctica de la lactancia materna y para la historia como una tradición, o como la retoman las diferentes sociedades. Para las empresas transnacionales productoras de sucedáneos de leche materna, su interés radica en la comercialización de sus productos, para la sociedad en general es una práctica común y en muchos casos es un hecho que es totalmente ignorado. La investigadora Sara Pérez, del Instituto Nacional de Nutrición, aclara con respecto a la ciencias sociales que "La lactancia materna permanece como asunto menor, de segunda".<sup>116</sup>

Las investigaciones biomédicas, de salud pública y sociales, tienen un criterio unificado respecto a la urgencia de conservar la práctica de lactancia materna, y para este logro es importante la participación de la mujer integrándola como sujeto de estudio, no como objeto. En la actualidad es urgente que la mujer sea

<sup>115</sup> Sara Pérez, Elena. Salud Femenina. México 1996. p 127

<sup>116</sup> Ibid. p 127

instruida y reorientada en cuanto a su condición y participación en la lactancia materna para que realice ésta práctica por convicción.

Cualquier ser humano necesita de nutrientes para su conservación. Todos los individuos de la especie humana se identifican como grupo porque tienen en común su necesidad de ser amamantados por su madre; en este sentido el Dr. Francisco Morales Carmona investigador del Instituto Nacional de la Nutrición dice que "La lactancia al seno materno es un evento tan antiguo como la especie humana, [...] hecho que en el hombre alcanza su máxima expresión, no solo por condiciones de orden biológico, sino que a ella se suman las de carácter psicológico y social".<sup>117</sup>

El nacimiento es un suceso esperado por la mujer debido a que representa la posibilidad de amamantar a su hijo, durante el tiempo necesario y horario requerido según las características de cada niño. En este proceso la mujer puede tener alteraciones en su estado emocional, porque con frecuencia tuvo un embarazo no deseado y cuando nace su hijo, se ve en la obligación de alimentarlo

Es frecuente que literatura como: Lactancia Materna y Salud Reproductiva del IMSS, Alimentación y nutrición de Leopoldo Vega Franco, Lactancia y Salud de Juan Neilson, La Madre y el niño del Dr. Isidro Aguilar, Desarrollo Humano de F. Philip Rice y Desarrollo Psicológico de Garce J. Graigque e incluso el Dr. Bourges Rodríguez, Héctor mencionen los beneficios para el niño y para la madre, derivados del amamantamiento, sin poner atención en las alteraciones de carácter psicosocial que la madre podría sufrir, por el hecho de que tiene que enfrentar situaciones que tienen que ver con lo que ella quiere o desea hacer y lo que tiene que realizar por presiones de su medio ambiente, o lo que le corresponde desempeñar por sentido común propiciándole estrés y/o depresión que pueden conducir al fracaso de la lactancia.

La lactancia materna tiene repercusiones placenteras que se le atribuyen a la madre; que al dar su leche perciben cierto agrado por tal acción, que asimilan con gran aceptación. Francisco Morales analiza que socialmente "Las mujeres que adoptan la libre demanda, reciben de ésta gran placer y contento, sintiéndose altamente satisfechas con su papel. Es decir que el hecho de amamantar a su hijo, sirve a la mujer para estar emocionalmente equilibrada [...] sugiere que las madres que fracasan en este intento son mujeres neuróticas que rechazan abierta o encubiertamente a sus bebés".<sup>118</sup>

Por lo establecido en la cita se puede señalar que la literatura como el trabajo del Dr. Héctor Bourges Rodríguez muestra cierta confusión, en que este Dr. menciona los beneficios para el bebé y Francisco Morales, señala que para la madre no siempre es placentero o agradable. Muchos autores no toman en cuenta las condiciones psicosociales de la madre, por eso elegí el caso de Josefina. La información respecto a la lactancia materna es algo que podría ser tan simple, pero no lo es, porque ello implica la determinación de la

<sup>117</sup> Morales Carmona, Francisco. Cuadernos de Nutrición. México 1997 p 24

<sup>118</sup> Ibid. p 24

posición de la mujer ante la vida, cuestión que comúnmente se asocia como una mujer que no debe presentar problemas para asumir su papel de madre que alimenta al hijo con su leche.

La mujer enfrenta factores como la lactancia, el esposo, los hijos, la economía, la religión (que señala el compromiso de la madre de atender, querer y alimentar al hijo), el hogar y las enfermedades que la sujetan o limitan. En éstos factores se han dado cambios que han motivado modificaciones en la alimentación materna transitando hacia la llamada leche maternizada que consiste en la sustitución total o parcial de la leche materna. Los niños alimentados con leche maternizada están más propensos a enfermedades.

Ahora bien, Francisco Morales, del Instituto Nacional de Perinatología expone dos cuestionamientos muy importantes que involucran el estado emocional de la madre, ya que a la mujer se le plantea que si lacta a su hijo a libre demanda, ello permitirá que el niño sea superior en inteligencia, capacidad de aprendizaje, adaptación a las condiciones emocionales y medio que le rodea. Ahora, qué pasa con las mujeres que han tenido algún impedimento para dar leche materna y sin embargo pueden ser cálidas, afectuosas y cercanas a sus hijos.

Estudios clínicos prueban que hay una definida tendencia a idealizar el proceso de maternidad y crianza. Pero no en todas las mujeres se cumple esta idealización creando graves conflictos emocionales como neurosis y depresión derivadas del choque entre lo que ella realmente quiere o desea y lo que tiene que realizar atendiendo a lo que se percibe como sentido común.

El medio y, por lo tanto quienes están en el entorno de la mujer como la madre de esta, la suegra o el marido imponen a la mujer que debe sentir y percibir, etiquetándola con el rol del amamantamiento, como una tarea específica y los demás omiten que ella sigue interactuando con más funciones en su medio ambiente. Ella requiere comprensión y apoyo para que realmente se cumpla con éxito la alimentación de su hijo a libre demanda, sin que esta llegue a convertirse en un evento traumático, evitando algún desequilibrio emocional o estado de neurosis que pudiera culminar en el fracaso.

## GESTACIÓN

La gestación o embarazo, "es la iniciación de una nueva vida que aparece con la fecundación y que perdurando en el progresivo desarrollo total y perfecto del fruto, acaba con la imputación de éste en el mundo exterior mediante el acto del parto".<sup>119</sup>

<sup>119</sup> Dr. Aguilar, Isidro. La Madre y el niño. México 1980

La nueva vida inicia con la "fertilización o concepción: Unión del espermatozoide y el óvulo".<sup>120</sup> esta concepción se lleva a efecto en la matriz de la mujer teniendo una duración de nueve meses. El embarazo es totalmente normal y natural en la mujer, no una enfermedad como algunas personas le nombran.

"Los cromosomas de padre y la madre determinan como será el niño, su carga genética, sexo, color de pelo, piel y ojos, rasgos físicos y algunos factores de riesgo para la salud".<sup>121</sup> El trabajo realizado con las 25 mujeres, permitió conocer que para cinco de ellas era su primer embarazo, por ello se mostraron interesadas en la información. Una de ellas comento que en las consultas médicas, la revisaban y recetaban algún medicamento , pero no se le dio información de su actual embarazo, dejando percibir que las usuarias son tratadas como objeto, refiriendo que esta instrucción fue oportuna para ellas. Después de la concepción se desarrolla el embrión humano, de la tercera a la octava semana, crece aproximadamente dos centímetros y medio.

El investigador Héctor Ávila Rosas del Instituto Nacional de Nutrición menciona que se pueden prevenir enfermedades o riesgos para la madre y el niño si las mujeres se sometieran a una valoración pregestacional, que normalmente no se realiza y reconoce que es indispensable "proporcionar información adecuada a la mujer sobre los síntomas iniciales del embarazo para que se haga un diagnóstico temprano, pues de esta manera el control prenatal se tendrá desde las primeras semanas de la gestación. La vigilancia temprana aunada a la aplicación de una serie de procedimientos sintetizados y fundamentados, (...) la vigilancia prenatal debe orientarse a la educación para la salud de la pareja, insistir en la adecuada alimentación, preparación para el parto y lactancia y detección de signos de alarma ayudando a lograr mejores condiciones tanto para la madre como para el producto".<sup>122</sup>

## PERÍODO FETAL

El feto ha formado la estructura ósea, las extremidades y una incipiente forma humana. En el primer trimestre del embarazo, casi a las trece semanas, el feto tiene una longitud aproximada de 7.5 cm. La mayor parte de los órganos principales se han formado, la cabeza es mayor al resto del cuerpo y es probable que venas y diminutos sonidos de latidos del corazón ya estén presentes.

Entre el cuarto o quinto mes la madre, puede sentir movimientos, en la piel ya se descubre bello muy fino que generalmente desaparece al nacer el bebé. "A finales del quinto mes el feto pesa aproximadamente

<sup>120</sup> Philip Rice, F. Desarrollo Humano, México 1997. p.59

<sup>121</sup> SSA. Con Luz Propia. México 1994. p. 48.

<sup>122</sup> CFR. Ávila Rosas, Héctor. La nutrición y la Salud y la de las madres y los niños mexicanos. México 1990. p. 89.

500 grs. y mide 30 centímetros; sus movimientos para entonces son más definidos, duerme, despierta y percibe la luz y sonidos".<sup>123</sup>

En el tercer trimestre u octavo mes, el cuerpo del feto es más semejante al cuerpo normal del ser humano. "Después de este mes el feto consolida su maduración, el bebé decidirá en que momento nacer. El tiempo es esencial, después del segundo trimestre, el volumen, en el cuerpo físico, es incomodo para el desplazamiento de la madre".<sup>124</sup> Las mujeres deben recibir instrucción sobre la transformación que sufrirá su cuerpo. Si las mujeres son instruidas, es más fácil que tomen una mejor decisión ante alguna circunstancia o contingencia.

## LACTANCIA MATERNA

Puede ser que el término lactancia no sea del todo claro por lo que retomamos la terminología del Dr. Héctor Bourges Rodríguez; quien indica que: "lactancia es el acto de lactar, verbo que se refiere tanto a amamantar - criar con leche - como alimentarse con leche. En otras palabras, en la lactación hay por lo menos dos protagonistas, la madre y la cría, ambos lactan y de ambos se dice que son lactantes. El período de la vida en que madre y cría practican la lactación se conoce como lactancia".<sup>125</sup>

Esta acción de lactar, es un enlace muy importante para la conservación de la especie. Desde su especialidad, los antropólogos, biólogos, pediatras y ginecólogos defienden su postura, pero ninguna desmerece. Por ejemplo, desde el punto de vista biológico, psicológico, nutricional y social, que le da fortaleza al enlace del niño y la madre, cada quien los estudia en forma individualizada por que son dos seres totalmente independientes, aunque a pesar del nacimiento, siga teniendo una dependencia muy fuerte.

El hombre pertenece a la especie de los mamíferos; sin embargo, la alimentación del hombre con la leche de su madre ha estado sujeta a cambios de diverso grado por motivos sociales, culturales, políticos, etc. que se han presentado en Europa, América latina y México, sin que ello signifique que la mayoría de las mujeres, por "sentido común" dejen de saber que la lactancia materna es que su hijo consuma la leche que producen sus senos.

La mayoría de las mujeres no sabe la trascendencia, el efecto de rendimiento y provecho que la alimentación con seno materno produce en su hijo. La leche materna conforma la dieta adecuada para el bebé, porque contiene todos los nutrientes necesarios para el desarrollo biopsicosocial del bebé.

<sup>123</sup> CFR. Philip Rice, F. Desarrollo Humano. México 1997. p. 63.

<sup>124</sup> CFR. Ibid. P. 59.

<sup>125</sup> Bourges Rodríguez, Héctor. Cuadernos de Nutrición México 1997 p.12



Podría considerarse que esta dieta "es un puente dietético que permite satisfacer con éxito las necesidades nutricionales del neonato dentro de sus limitaciones fisiológicas [...] el organismo del mamífero es muy vulnerable por la relativa inmadurez de su aparato digestivo, de su riñón, de su sistema nervioso y, en general de su metabolismo".<sup>126</sup>

Es posible que para muchas mujeres no sea comprensible que su hijo no está totalmente maduro y que a través de su leche sus hijos alcanzaran el óptimo desarrollo y que si las madres optan por alimentar a sus hijos con alimentos procesados o químicos alteran el proceso de alimentación, al introducir elementos ajenos para el organismo del niño y lo exponen a contraer enfermedades, que en ocasiones lo pueden inducir a la muerte.

## ACTIVIDAD FÍSICA DEL NIÑO

La contribución de la actividad física del niño en el gasto energético total varía en cada niño y de uno a otro día. Durante el primer año de vida la actividad física del lactante requiere de un aporte aproximado a 20 kcal/kg. El costo estimado del crecimiento corporal se establece entre 5 y 8 kcal. por gramo de tejido formado; a mayor velocidad de crecimiento, se genera mayor necesidad de energía de tal manera que de 20 kcal/kg. al mes de vida, el requerimiento desciende a 8 kcal/kg. al año de edad.

El metabolismo basal se refiere a la mínima cantidad de energía necesaria para mantener las actividades corporales. Sobre este metabolismo el fisiólogo A. Housay nos dice que en la fisiología del ser humano "la cantidad de calorías producidas por una persona durante un tiempo dado, representa la suma de dos fracciones, que corresponden respectivamente a :

1. Un metabolismo constante o el mínimo necesario para mantener el funcionamiento normal.
2. Metabolismo adicional variable y contingente, que puede variar y se produce por el trabajo muscular, por la regulación térmica o durante el período de absorción de los alimentos.

Condiciones:

- a) Reposo
- b) Temperatura ambiente y
- c) ayuno

---

<sup>126</sup> Ibid. P. 12

Las condiciones se deben cumplir para aplicar la siguiente fórmula que se determina por:

$$\begin{aligned} & (\text{kcal/m}^2/\text{h}) \\ \text{kcal} &= \text{kilocalorías} \\ \text{m}^2 &= \text{superficie corporal} \\ \text{h} &= \text{hora}^{127} \end{aligned}$$

Es decir, los seres humanos somos "homeotermos, necesitamos mantener una temperatura interna constante, cercana a los 37 grados Celsius".<sup>128</sup> para que nuestro cuerpo funcione correctamente al desempeñar las actividades básicas que permiten la vida como la actividad del corazón, músculos en alerta, actividad del sistema nervioso enviando y recibiendo impulsos al cerebro, etc., todo este funcionamiento se denomina movimiento basal.

La antropometría consiste en el estudio de las proporciones y medidas del cuerpo humano y es útil en la valoración del crecimiento mediante el registro del peso corporal y diámetros correspondientes a los segmentos del cuerpo y el grosor de los pliegues cutáneos. La proporcionalidad de la figura humana se analiza estableciendo la relación entre el peso, el volumen y la longitud.

La ganancia de peso llega a ser aproximadamente de 35 grs. por día en los 4 primeros meses de lactancia. La elevada demanda metabólica basal en el niño está directamente relacionada con la masa protoplasmática activa representada principalmente por el músculo y el parénquima de los órganos, la producción de calor basal aumenta o disminuye con los cambios en la masa de los tejidos.

"En este sentido se considera que en condiciones basales la mayor pérdida de calor que experimentan los niños se debe a que presentan una mayor superficie corporal relativa, la cual aunada a la presencia de la gran masa de tejido metabólicamente activo, hace que las necesidades energéticas sean elevadas. Durante los primeros 18 meses de vida se requieren alrededor de 55 kcal/kg., a partir de esta edad los requerimientos disminuyen progresivamente hasta llegar a 25 kcal/kg. aproximadamente en el adulto. La acción dinámica específica (ADE) es la condición fisiológica consistente en el gasto metabólico basal derivado del consumo de alimentos. La pérdida de calor generado por la ADE es mayor con la ingestión de proteínas, siendo este efecto menos marcado con el consumo de hidratos de carbono y aún menor con la ingestión de grasas. En el consumo de una dieta normal se considera que los niños requieren inversamente con su edad, entre 4 y 7 kcal/kg".<sup>129</sup>

<sup>127</sup> A. Housay, Bernardo. Fisiología Humana. Ed. México.1989. p. 48.

<sup>128</sup> Enciclopedia Microsoft. Encarta 2000.1993 - 1999Microsoft Corporation

<sup>129</sup> CFR. Vega Franco, Leopoldo. Alimentación y Nutrición en la Infancia. Ed. Esfinge. México 1991. P. 3

Con los comentarios anteriores hemos analizado el complejo mecanismo que ejercen los alimentos en el cuerpo, principalmente en los niños lactantes cuya alimentación exclusivamente con leche materna es considerada como la más importante para los niños recién nacidos y hasta los cuatro meses de edad.

En el siguiente cuadro Vega Franco, Leopoldo nos presenta las características de la leche que en este estudio es considerada alimento exclusivo para la lactancia hasta los cuatro meses de edad. El cuadro sobre la transformación de la leche indica como ésta se va adaptando a las condiciones del crecimiento y desarrollo del niño y que todos los sucedáneos siempre estarán en desventaja respecto a la leche materna.

**CUADRO 12**

<b>Composición del calostro y leche humana madura</b>		
<b>Elemento</b>	<b>Calostro</b>	<b>Leche madura</b>
Energía /kcal/dl)	80	75
Proteínas (g/dl)	3.2	1.1
Caseína	1.5	0.4
Del suero	1.7	0.7
Grasa (g/d)	2.5	4.5
Lactosa (g/dl)	5.7	6.8

Fuente: Vega Franco Leopoldo. Alimentación al seno materno. México 1991 p.77.

El siguiente cuadro muestra los componentes de la leche materna.

**CUADRO 13**

<b>Composición química de la leche humana madura</b>	
<b>Componente</b>	<b>Contenido medio por 100 ml</b>
- Agua (g)	87.0
- Sólidos (g)	13.0
- Lactosa (g)	6.8
- Proteínas (g)	1.1
- Vitamina A (mg Eg)	63.0
- Vitamina B1 (mg)	16.0
- Vitamina B2 (mg)	36.0
- Niacina (mg)	147.0
- Vitamina B6 (mg)	10.0
- Vitamina B12 (mg)	0.1
- Vitamina C (mg)	4.3
- Vitamina D (U.I.)	2.1
- Cenizas (mg)	210.0
- Calcio (mg)	34.0
- Fósforo (mg)	14.0
- Sodio (mg)	0.7
- Potasio (mg)	1.3
- Energía (kcal)	75.0

Fuente: Cuadro1. Héctor Bouges Rodríguez. Cuadernos de nutrición. México 1997. P.14

Estos son los nutrientes de los que depende el lactante, suministros que cumplen con las leyes de la alimentación normal que son: calidad, armonía y adecuación. También interviene la cantidad de tetadas. Estas son requeridas por el lactante, con las cuales el bebé obtendrá una ganancia de peso de 35gr. por día aproximadamente.

En el siguiente cuadro se puede observar que la leche de distintas especies es semejante al de la mujer porque contiene los mismos elementos y la diferencia entre ellas consiste en la cantidad de los distintos componentes químicos que la constituyen. Sin embargo, nunca podrán compararse con la leche de la mujer y mucho menos los productos lácteos procesados porque la naturaleza de cada leche es propia de cada género, la madre produce leche para su hijo, no para hijos de otra especie.

**CUADRO 14**

Composición química de la leche madura de varias especies por 100 ml					
	Sólidos totales (g)	Lípidos (g)	Proteínas (g)	Glúcidos (g)	Energía (g)
Mujer	12.4	4.1	0.8	6.8	69
Yegua	10.5	1.3	1.9	6.9	50
Vaca	12.4	3.7	3.2	4.6	72
Rinoceronta negra	8.8	0.2	1.2	6.6	36
Oveja	18.2	7.3	4.1	5.0	109

Fuente: Bourges Rodríguez, Héctor. Cuadernos de Nutrición. México. 1997. p 16.

Todos estas cuestiones que se han dicho respecto a los atributos o propiedades de la leche nos hace reflexionar sobre la capacidad del organismo humano y en particular de las madres para producir un alimento que cuenta con la suficiente flexibilidad para evolucionar de manera ideal atendiendo las necesidades de los bebés reflejando la importancia que tiene instruir a las mujeres sobre el papel que desempeña la lactancia materna, exponiéndoles a las madres de forma sintetizada pero lo suficientemente comprensible, para que se conserve la cultura de la lactancia materna haciendo conscientes a las mujeres de lo que pasa en su cuerpo y en el de su hijo; así ellas tendrán razones suficientes para alimentar al bebé con su propia leche.

## **BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA**

La leche materna es el alimento perfecto para el bebé porque le brinda todos los elementos nutritivos y es la primera inmunización. La leche materna establece vínculos profundos entre la madre e hijo, ambos registran imágenes táctiles, olfatorias y visuales que son especialmente importantes para el niño ya que de ésta relación el niño tiende a establecer sus emociones. En este sentido, Héctor Bourges señala que la leche

materna es la mejor fuente de nutrición para los niños de término durante los primeros meses de vida debido a su composición bioquímica y sobre todo por sus componentes inmunológicos.

Algunas acciones que contribuyeron a considerar que la leche materna es un alimento perfecto es que desde 1972 algunas organizaciones internacionales propusieron un código sobre el uso y comercialización de leches procesadas. Posteriormente en 1990 en Florencia, Italia; representantes de 40 gobiernos y de organismos como UNICEF, US AID, UNFPA, PNDU, comités nacionales pro-UNICEF, OMS, OSDI, UK ODA, FAO, PMA y el Banco Mundial firmaron una declaración que contenía el compromiso de que "los gobiernos deberán establecer un sistema nacional para promover la alimentación del bebé con leche materna, evaluando tal objetivo y desarrollando indicadores para medir el cumplimiento de la proposición de amamantar a los niños al egresar de los servicios de maternidad y aumentar la proporción de lactantes exclusivamente amamantados hasta los cuatro meses de edad".<sup>130</sup>

También en 1990, la ONU adoptó una declaración sobre la Supervivencia, Protección y el Desarrollo del Niño y un Plan de Acción para aplicar la declaración comentada en el párrafo anterior. En el apartado de nutrición se señala el objetivo de "lograr que todas las mujeres amamenten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos hasta avanzado el segundo año" Secretaría de Salud. Lactancia materna, materiales para la capacitación".<sup>131</sup>

La lactancia materna contribuye a retardar o posponer el embarazo y nacimiento de más hijos. Este punto no es tan convincente, muchas mujeres han confiado en esta estrategia y no han obtenido éxito por lo que sería mejor que se reconsiderara esta apreciación. También se dice que la lactancia materna protege la salud de la madre, ya que al producirse la leche, se acciona un mecanismo doblemente inmunológico de la leche y de ella misma.<sup>132</sup> Estos beneficios y práctica pueden considerarse comprensibles para ser asimilados por todas las mujeres, en virtud del grado de escolaridad de las mujeres incluidas en el estudio e incluso al tratarse de las mujeres analfabetas ya que lo indicado durante la instrucción es entendible.

## VALOR NUTRITIVO DE LA LECHE MATERNA

El hombre se compone estructural y orgánicamente por el principal grupo de elementos como oxígeno, carbono, hidrógeno, nitrógeno, azufre y fósforo, que representan el peso corporal. También es importante otro grupo conformado por 25 elementos químicos como calcio, potasio, sodio cloro, magnesio, hierro, yodo, flúor, cobre, zinc y cobalto por mencionar algunos.

<sup>130</sup> CFR. Morales Carmona, Francisco. Cuadernos de Nutrición. México 1997 p 24

<sup>131</sup> Ibid. p 33

<sup>132</sup> Manual de Lactancia Materna. S. S. A. Hospital Amigo del Niño y de la Madre. México 1992 p 14

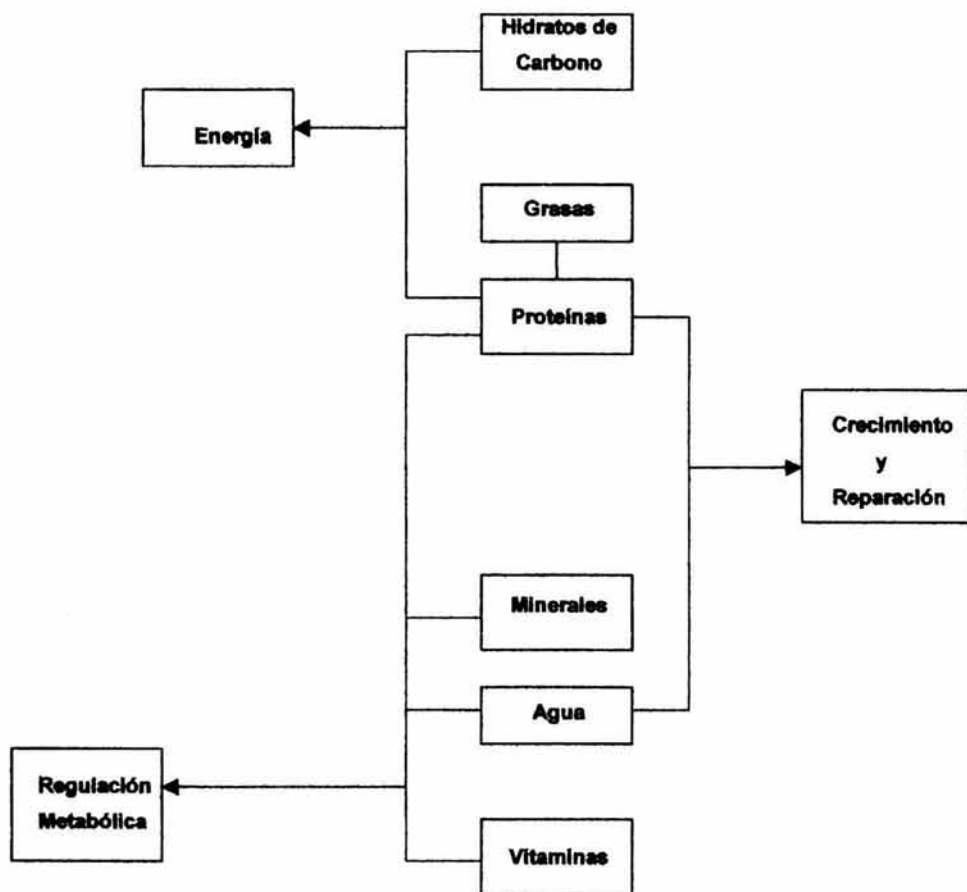
Todos estos elementos interrelacionados, actúan como complejas estructuras sistematizadas en el cuerpo, que son activadas por sustancias químicas a través de los alimentos. Esta adición por medio del consumo de alimentos, son llamados nutrimentos.

Dependiendo de la materia estudiada (química, biológica, etc.), se aborda la nutrición desde diferentes puntos de vista. Para el presente estudio solo se toman aspectos relevantes para enmarcar el valor nutritivo de la leche materna que al ser consumida se sintetiza en diferentes procesos de los órganos y sistemas que producen el crecimiento y desarrollo del niño.

Es común que los nutrimentos se clasifiquen en seis grupos químicos que son: grasas, hidratos de carbono, proteínas, agua, elementos minerales y vitaminas. El oxígeno aunque en ocasiones no se menciona, también interviene en el proceso metabólico.

Esta clasificación basada en la composición química de los alimentos se puede analizar según la función que ejercen en el organismo humano. Los hidratos de carbono y las grasas son consideradas como nutrimentos energéticos, función que eventualmente también desempeñan las proteínas; el agua, los minerales y las proteínas son recomendados como nutrimentos energéticos debido a su participación en el crecimiento corporal y la reparación de los tejidos; de éstos tres grupos dos operan como nutrimentos regulares de los procesos metabólicos. Estos conceptos se ilustran en el esquema de la siguiente página, retomado del Dr. Leopoldo Vega Franco.

## CLASIFICACIÓN DE LOS NUTRIENTES



Fuente: Vega Franco Leopoldo. Alimentación y Nutrición. Los alimentos y su función en la infancia p. 31.



Para que esta actividad funcione adecuadamente es necesario que los alimentos sean consumidos suficientemente desde el punto de vista energético, de manera que la dieta sea completa y equilibrada por los nutrientes que contenga e ideal según las condiciones biológicas del organismo.

Sintetizando, la alimentación se refiere a la serie de los actos relacionados con la adquisición de nutrientes por el organismo por lo general mediante la ingestión de alimentos, excepto los casos especiales como la alimentación intravenosa o por medio de sonda.

Las leyes de la alimentación normal son "Ley de la cantidad, de la calidad, de la armonía y de la adecuación: La nutrición involucra otros fenómenos como la digestión y absorción intestinal, el transporte y distribución de nutrientes en el organismo, donde intervienen la edad, sexo, genética, etc".<sup>133</sup>

El Dr. Vega Franco dice que "el crecimiento y desarrollo son procesos que caracterizan la fase evolutiva de la madurez biológica que en la alimentación del niño tiene particular trascendencia [...]. Un buen estado de nutrición, lleva al organismo a su plenitud somática y funcional, después de cambios en su estructura, forma y función".<sup>134</sup>

El cuerpo humano no se mantiene estático, siempre está en constante evolución, así podemos ver como desde la gestación el producto crece y evoluciona, y aún después del nacimiento algunos órganos no están totalmente maduros. Esta etapa es crucial en el ser humano, los cuidados y atención se deben concentrar en el bebé, ya que por la inmadurez de su organismo el recién nacido es más vulnerable a las enfermedades, y el objetivo es el de mantener su salud en óptimas condiciones a través de la leche materna durante los cuatro primeros meses de vida.

"En los niños, el gasto de energía depende de la energía física que desarrollan; de la velocidad del crecimiento por la cual atraviesan y del tamaño corporal; sobre esta última se establece la magnitud de la demanda calórica generada por el metabolismo basal. De manera secundaria es requerido un aporte de energía para cubrir el gasto originado por la llamada acción dinámica específica y por la pérdida en las heces de energía no utilizada".<sup>135</sup>

La transformación que va sufriendo el infante es muy rápida, ya que en ninguna otra etapa del ser humano se observan tantos cambios en tan poco tiempo; el bebé duplica su peso cada mes, a diferencia del crecimiento de los 3 hasta los 10 años donde el incremento ponderado del peso es de 2 a 3 kg por año. Esto nos orilla a pensar que la nutrición en la etapa del lactante es la más importante de la vida del niño, ya que se estarán fortaleciendo los cimientos del desarrollo y crecimiento de su futuro.

<sup>133</sup> CFR. Vega Franco, Leopoldo. Alimentación y Nutrición en la Infancia. Ed. Esfinge. México 1991 p 3

<sup>134</sup> Ibid. p 3

<sup>135</sup> Ibid. p 52

## LA ALIMENTACIÓN DE LA MUJER GESTANTE Y LACTANTE

Respecto a la importancia de la alimentación de la mujer embarazada y lactante Esther Casanova, refiere "El peso del producto al nacer es determinante para establecer la probabilidad de sobrevivida de un niño. Uno de los factores que se asocian más frecuentemente al peso del recién nacido es la nutrición materna".<sup>136</sup>

El contenido de ésta cita indica la importancia de la presente investigación, pues la eficiencia de la alimentación de la madre es vital para que la leche materna que consumirá el niño, sea de óptima calidad. Mientras los niños sean alimentados con más leche materna, estarán mejor nutridos; por ésta razón, es importante que el niño consuma exclusivamente leche materna durante los primeros cuatro meses.

La importancia de una buena alimentación de la mujer embarazada y lactante radica en que "se ha demostrado que una dieta defectuosa y la desnutrición de la mujer puede ocasionar que el peso al nacer del bebé puede ser menor de 2.5 kg., así como complicaciones del embarazo como hipertensión aguda (toxemia) que tiende a aumentar cuando la dieta es insuficiente en proteínas".<sup>137</sup>

Considerando que "el Instituto Nacional de la Nutrición lleva a cabo programas de educación alimentaria clasificando los alimentos en: grupo I alimentos de origen animal, grupo II vegetales y frutas y, grupo III cereales y leguminosas se puede mencionar que la alimentación recomendable es aquella que cumple con la cita siguiente".<sup>138</sup>

"Una alimentación adecuada para la embarazada es aquella que cumple cuando menos los siguientes requisitos que pueden ser evaluados por interrogatorio.

1. Balanceada: en cada comida está presente cuando menos un alimento de cada uno de los tres grupos de alimentos de origen animal, frutas y verduras, cereales, tubérculos, leguminosas.
2. Variada: No se repiten los alimentos que fungen como plato principal más de dos veces por semana.
3. Equilibrada: el alimento deberá tener una proporción similar de raciones consumidas de cada uno de los tres grupos de alimentos.
4. Suficiente: Debe permitir una ganancia adecuada de peso que se ubicaría entre 200 y 400 grs. a la semana".<sup>139</sup>

<sup>136</sup> Zubiran, Salvador. Et. Al. La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos. México 1990. p. 89.

<sup>137</sup> Ramos Galván, Rafael. Alimentación normal del niño y adolescentes. Ed. El manual moderno, S.A. de C.V. p. 537.

<sup>138</sup> CFR. Vega Franco, Leopoldo. Alimentación y Nutrición en la infancia. México. 1991. p. 45.

<sup>139</sup> CFR. Ibid. P. 45.

La siguiente lista de alimentos se elaboro con la intención de conocer la regularidad o frecuencia con la que consumen tales alimentos las mujeres embarazadas y aquellas que alimentan a sus hijos con su leche y que están incluidas en este trabajo de investigación, (ver cuestionario del anexo)

Consumo semanal de alimentos\*\*\*  
CUADRO 15

Consumo de Alimento	1° Cuestionario N° de Mujeres	%	2° Cuestionario N° de Mujeres	%
Verduras	23	92	25	100
Calcio	20	80	22	88
Carne asada	16	64	21	84
Lentijas	18	72	20	80
Leche	13	52	22	88
Refresco	4	16	21	84
Pescado	21	84	24	96
Golosinas	3	12	2	8
Jugos naturales	19	76	23	92
Más agua	24	96	24	96
Chocolates	3	12	2	8
Huevo	22	88	23	92
Jamón	8	32	-	-
Potlo	24	96	23	92
Vitaminas	19	76	19	76
Frijoles	20	80	24	96
Más sal	1	4	-	-
Más azúcar	1	4	5	20
Menos sal	12	48	19	76
Menos azúcar	14	56	19	76
Frutas	21	84	25	100
Higado de res	14	56	14	56

Fuente: Cuestionarios aplicados a 25 mujeres de los dos centros de salud

La mayoría de las mujeres incluidas en la investigación saben cuáles son los alimentos que es indispensable consumir en su situación, notándose el cambio esperado en sus respuestas sobre los alimentos que deberían consumir menos (refresco, , azúcar y sal) después de haberse realizado las pláticas.

La información sobre los alimentos que se consumen se puede comparar con el estado nutricional de las doce mujeres embarazadas de los dos centros de salud, incluidas en el trabajo.

CUADRO 16

De 12 mujeres embarazadas:		
Grado de desnutrición		N° de mujeres
1° de desnutrición		0
2° de desnutrición		1
3° de desnutrición		1
No presentó desnutrición		10
<b>TOTAL</b>		<b>12</b>

De 13 mujeres que lactan a sus hijos:		
Desnutrición:		N° DE MUJERES
SI	NO	
2		2
	11	11
<b>TOTAL</b>		<b>13</b>

Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes de los Centros de Salud Reforma Sur y la Libertad.

Los dos cuadros anteriores hacen evidente que hay congruencia entre la alimentación y el estado nutricional; ya que de las 25 mujeres solo 4 presentaron problemas de desnutrición, correspondiendo dos de ellas al grupo de mujeres embarazadas con un estado de desnutrición grave porque puede ocasionar hemorragias a la mujer durante el embarazo y parto que le pueden conducir a la muerte.

El doctor Ramos indica que la alimentación normal "es la que permite al que la consume mantener las características bioquímicas peculiares de la salud y del momento de desarrollo en que vive; [...] permite perpetuar a través de varias generaciones los caracteres del individuo y de la especie".<sup>140</sup>

<sup>140</sup> Ramos Galván, Rafael. Alimentación normal en niños y adolescentes.

## 4.2 EVALUACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EN UN GRUPO DE MUJERES GESTANTES Y LACTANTES.

Los cuestionarios aplicados para determinar los conocimientos que las mujeres tienen sobre la gestación y lactancia materna, fueron aplicados al inicio y al término de la capacitación; con esto se conocería la eficacia de la capacitación según la información adquirida y asimilada.

No se consolidaron grupos permanentes durante la instrucción debido a las múltiples actividades domésticas de las mujeres, por tal situación se recurrió a la instrucción por medio de la atención individualizada.

### CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

El trabajo realizado durante la presente investigación identificó que de las 25 mujeres en estudio 12 de ellas son embarazadas, 13 alimentan con su leche a sus hijos y 16 de las mujeres que representan el 64% tiene conocimientos de lo que es la alimentación con leche materna tal como se ilustra en el siguiente cuadro y gráfica.

**CUADRO 17**

CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA				
Concepto	1° Cuestionario N° de casos	%	2° Cuestionario N° de casos	%
Conoce	16	64	25	100.0
Desconoce	9	36	0	
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

## GRÁFICA 11



Fuente: Cuadro 17

Quienes conocen de lactancia materna coinciden en que el calostro es ideal en cantidad y calidad ya que tiene la capacidad de proteger al niño contra las infecciones, de tal manera que cuando se señala que "la lactancia materna es un evento tan antiguo como la especie humana".<sup>141</sup> Es evidente que para la mayoría de las mujeres esta acción es natural, "sin reflexionar que tal alimentación es el medio para que su hijo tenga una alimentación que, está específicamente adaptada para el metabolismo del recién nacido".<sup>142 (sic)</sup>

Por ello, en el grupo de mujeres con las que se está trabajando, el bebé no puede consumir cualquier tipo de alimentos porque podrían ser inadecuados y deficientes e incluso pueden causar la muerte al niño por el contenido de grasa que tienen las leches suplementarias en polvo o de vaca. La madre produce la leche generando los cambios que son necesarios en su composición pasando del calostro a la leche madura. Esto indica la importancia que tiene el hecho de que las madres no abandonen esta forma de alimentar a sus bebés.

La pregunta sobre el conocimiento de la lactancia materna fue crucial en la investigación ya que la hipótesis planteada señala que las mujeres embarazadas o lactantes de escasos recursos desconocen la importancia de la lactancia materna, la investigación permitió percibir que el conocimiento de las mujeres entrevistadas es un conocimiento empírico, el hecho de comparar las respuestas del primer cuestionario con las respuestas del segundo cuestionario al finalizar la instrucción sobre gestación y lactancia, obteniendo que las 25 mujeres tuvieron un cambio positivo, en el concepto que las madres deben tener de la lactancia materna, el aprendizaje de la óptima calidad de la leche materna, las posiciones correctas para la lactancia. Los beneficios del calostro y otros conocimientos suplementarios que benefician la salud del bebé, y lo significativo de la importancia de preservar la instrucción en temas referentes a la salud reproductiva.

<sup>141</sup> Morales Carmona, Francisco. Cuadernos de Nutrición. México 1997 P. 24.

<sup>142</sup> Grad Et. Al. Puericultura. México 1985 p. 127

## ORIENTACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA

Con este trabajo también se determinó que 3 de las mujeres representan el 12% de las 25 mujeres incluidas en la investigación ya habían recibido orientación sobre la lactancia materna y 22 mujeres que es el restante 88% no habían recibido ninguna orientación. Por ello, "deberían hacerse programas de educación para promover la alimentación con el seno materno, [...] para la evolución fisiológica del periodo post parto, además del valor que tiene esto para el neonato".<sup>143</sup>

Debe hacerse notar que si hay programas de lactancia materna pero no son llevados a cabo con regularidad como lo evidencia el hecho de que solo una mínima parte de las 25 mujeres entrevistadas en los Centros de Salud Reforma Sur y La Libertad indicaron haber recibido orientación refleja la necesidad de insistir en la responsabilidad y evaluación de resultados, promoción con campañas a nivel nacional para fomentar la salud en edad reproductiva; además de que no hay personal que de seguimiento al cumplimiento de los programas.

Las mujeres manifestaron saber de su embarazo y que la acción de lactar produce alteraciones en su cuerpo como aumento de peso, cambio de su estado de ánimo, alteración en el funcionamiento de sus riñones e incluso en su digestión; pero al abordar situaciones relativas a la salud reproductiva es evidente su desconocimiento de los riesgos que pueden dañar la salud de las mujeres y niños y mucho menos poseen los conocimientos básicos que les puedan evitar posibles enfermedades e incluso la muerte.

**CUADRO 18**

ORIENTACIÓN SOBRE EMBARAZO Y LACTANCIA		
ORIENTACIÓN	N° DE CASOS	%
Si recibió	3	12.0
No se recibió	22	88.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

<sup>143</sup> Casanova y López Esther. La Nutrición y la Salud de las Madres y los Niños Mexicanos p. 261

GRÁFICA 12



Fuente: Cuadro 18

## LAS INSTITUCIONES Y LA ORIENTACIÓN

La siguiente gráfica indica que una de las mujeres que es el 4% de las 25 mujeres entrevistadas en los dos Centros de Salud mencionados recibió orientación en embarazo anterior en el Instituto Mexicano del Seguro Social estando en el tercer trimestre de gestación. También se aprecia que el Hospital General de Puebla sólo una de las mujeres que representa el 4% de las 25 mujeres recibió orientación de lactancia materna y embarazo; otra de las mujeres que también representa el 4% de las 25 mujeres recibió la orientación en el Hospital General de Cholula, haciendo notar que 22 de las mujeres que representan el 88% no tiene ninguna orientación evidenciando la preparación que requieren las mujeres en temas de lactancia materna y embarazo para mejorar las condiciones de salud de ellas y de sus hijos.

En dichas instituciones las pláticas fueron impartidas por el personal de la institución, principalmente por trabajo social. Es notorio que la información no ha sido suficiente y clara y es apremiante reforzar esfuerzos para propagar la cultura de salud reproductiva y mejorar los servicios a la población abierta para obtener mejores resultados. Esta situación hace necesaria la atención a este sector de la población de mujeres que desconocen los riesgos que enfrentan durante el embarazo y la importancia de alimentarse correctamente para producir la leche que requieren los bebés.



CUADRO 19

PARTICIPACIÓN DE LAS INSTITUCIONES EN LA ORIENTACIÓN		
INSTITUCIÓN	Nº DE CASOS	%
IMSS	1	4.0
H. Gral. de Puebla	1	4.0
H. Gral. de Cholula	1	4.0
Sin orientación	22	88.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

GRÁFICA 13



Fuente: Cuadro 19

En vista de que son las instituciones las que elaboran y aplican los programas; al llevarlos a la práctica, dichos programas no cumplen ni atienden los requerimientos de las mujeres como bien lo dice el Dr. Adolfo Chávez, "las instituciones médicas de México, tanto gubernamentales como privadas tienen muchas fallas".<sup>144</sup>

Ahora se puede sostener que si una mujer en edad reproductiva, no recibe información y orientación sobre cuestiones de salud propias de su condición de mujer procreadora, no puede haber éxito en los programas dirigidos a ellas como es el caso del programa de lactancia. En este sentido si a la mujer no se le instruye y pone alerta sobre los problemas a que se puede enfrentar como madre, la lactancia materna continuará deteriorándose limitando la satisfacción de las necesidades nutricionales del bebé.

<sup>144</sup> Dr. Chávez Villasana, Adolfo. La lactancia en las instituciones de salud. México 1994 p. 13

El siguiente cuadro permite apreciar cuales son las instituciones públicas del sector salud que promueven la lactancia materna mediante su inscripción al programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre. También indica el número de hospitales que participan, por institución en dicho programa. Estas cifras revelan una participación nutrida de las diversas instituciones en la promoción de la lactancia; destacando el número de unidades médicas de la Secretaría de Salud, Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado como las instituciones que más participan. Asimismo hace referencia a la llamada certificación que consiste en la valoración que un grupo de supervisores designados por la Secretaría de Salud y la Organización Mundial de la Salud; que es la institución que financia los programas Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Esta evaluación no es suficiente, confiable y efectiva porque la información proporcionada en los servicios de ginecología, obstetricia, pediatría, consulta externa y demás relacionados con la salud reproductiva solo se dan en tiempo muy reducido no cumpliendo con los objetivos o incluso las platicas no se dan pero se registran. De lo contrario los resultados del primer cuestionario serían acertados.

**CUADRO 20**

<b>HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE</b>			
<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>INSCRIPCIÓN</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>%</b>
S. S. A.	234	155	66.2
IMSS	189	145	76.7
IMSS Solidaridad	62	60	96.7
ISSSTE	90	19	21.1
Servicios de salud del D.D.F.	14	4	28.6
Petróleos Mexicanos	21	21	100.0
Sanidad Militar	18	0	0.0
Sanidad Naval	26	3	11.5
D. I. F.	1	1	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>655</b>	<b>408</b>	<b>62.3</b>

Fuente: Revista MEXLAH. Año 6. N° 12. 12 de junio de 1966 p. 2.

La capacitación del personal de la institución tiene como objetivo promover y fomentar la cultura de la lactancia materna. El personal tiene el compromiso de conocer todos los programas de tal manera que se esté en posibilidad de dar orientación a todas las mujeres llevando un registro de quienes han recibido capacitación en los servicios de primer nivel de los centros de salud cuando se trata de la Secretaría de Salud, desde los primeros meses de la gestación. En este contexto las pláticas desarrolladas durante este trabajo reforzarían los conocimientos adquiridos durante la capacitación.

Una deficiencia que se observa es que los expedientes de los niños no incluye un registro de alimentación con leche materna; el cuadro 22 permite apreciar que el 62.3% de las unidades médicas inscritas en el programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre están certificadas o calificadas como instituciones que cumplen con los programas de lactancia materna cuya intención es perpetuar ésta.

La promoción no es suficiente ni constante porque los medios como carteles, video casetes, periódico mural, folletos, trípticos y pláticas e incluso el desarrollo de la promoción en la sala de espera no es suficiente entre el público porque no hay personal que respalde en ese momento tal información. Por éstos problemas se puede indicar que los programas se frustran o fracasan, ya que su información no llega a su destino como lo demuestra el hecho de que 88% de las mujeres de los centros de salud Reforma Sur y La Libertad incluidas en el trabajo no recibieron información sobre lactancia materna.

### **4.3 ALIMENTACIÓN DE LOS HIJOS CON LECHE MATERNA**

La aplicación del primer cuestionario de los centros de salud Reforma Sur y La Libertad para conocer la instrucción de las mujeres sobre la lactancia materna refleja que 3 de las mujeres que representan el 12% dio su leche a su hijo durante un mes; seis de las mujeres que es el 24% amamantó a su hijo durante dos meses; una de las mujeres que es equivalente al 4% lo hizo por tres meses como se aprecia en el siguiente cuadro; así se observa que tres de ellas es el 12% y alimentó a su hijo hasta los cuatro meses; otra de las mujeres que es el 4% lo hizo hasta los seis meses, otro 12% que fueron tres de las mujeres alimentó a su hijo con su leche durante un año. Dos de las madres que representan el 8% nunca alimentó con su leche a su hijo, este dato es preocupante porque la alimentación artificial puede causar desnutrición al bebé. De las 6 mujeres restantes que representan el 24% de las 25 mujeres en el trabajo al momento de la aplicación estaban embarazadas.

CUADRO 21

TIEMPO DE ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA				
TIEMPO	1er. CUESTIONARIO		2do. CUESTIONARIO	
	Nº DE CASOS	%	Nº DE CASOS	%
1 mes	3	12.0	0	0
2 meses	6	24.0	0	0
3 meses	1	4.0	0	0
4 meses	3	12.0	3	12.0
6 meses	1	4.0	3	12.0
9 meses	0	0	1	4.0
1 año	3	12.0	10	40.0
Nunca	2	8.0	8	32.0
Embarazada	6	24.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

GRÁFICA 14

## PRIMER CUESTIONARIO



Fuente: Cuadro 21

## GRÁFICA 15

## SEGUNDO CUESTIONARIO



Fuente: Cuadro 21

En el cuadro 23 en los resultados del segundo cuestionario el criterio de las 25 mujeres manifestó un gran cambio ya que tres de las mujeres que es el 12% de las mujeres, se refieren al tiempo mínimo de lactancia exclusiva que debe ser de cuatro meses; otras tres de las mujeres que es el 12% consideraron que deben dar su leche a sus hijos durante seis meses; una de las mujeres que se identifica con el 4% menciona que debe alimentar a su hijo con su leche nueve meses; diez de las mujeres que representan el 40% contestaron que el tiempo de dar su leche debe ser un año y 8 de las mujeres que representan el 32% de las 25 mujeres respondieron que no han dado de lactar nunca y en este grupo se pueden incluir a las embarazadas de primera vez. En general la respuesta del segundo cuestionario fue acertada ya que la lactancia no puede evitarse antes de los cuatro meses y después de este tiempo de lactancia exclusiva se puede iniciar la ablactación, y progresivamente pueden incluir otros alimentos en la dieta del bebé conforme lo vaya requiriendo su crecimiento y desarrollo.

"En ningún mamífero, la glándula mamaria tiene la función de proporcionar toda la alimentación que requiere el producto por períodos largos de tiempo, [...] todas las especies de mamíferos durante su infancia pasan por tres etapas. Una corta de lactancia exclusiva, una prolongada de alimentación mixta y otra final de alimentación con alimentos propios de la especie".<sup>145</sup>

La comparación de los cuestionarios refleja un cambio en el que ahora el tiempo de alimentación con leche materna es más prolongado en las etapas de la alimentación de los hijos. Es evidente que no hay fecha exacta para retirar el seno materno pero las madres conocen las razones por las que deben alimentar a sus hijos con su leche.

<sup>145</sup> Chávez, Adolfo. Consideraciones biosociales de la lactancia materna. México 1982. p 1

El trabajo realizado muestra que se valora la importancia de la lactancia materna considerando que esta es indispensable y exclusiva durante los 4 primeros meses del bebé, la ablactación o alimentación mixta de los cuatro a los seis meses y después de un año se realiza el destete, considerando que después de los seis meses el valor nutricional de la leche desciende progresivamente.

## MOTIVOS QUE IMPIDEN LA LACTANCIA MATERNA

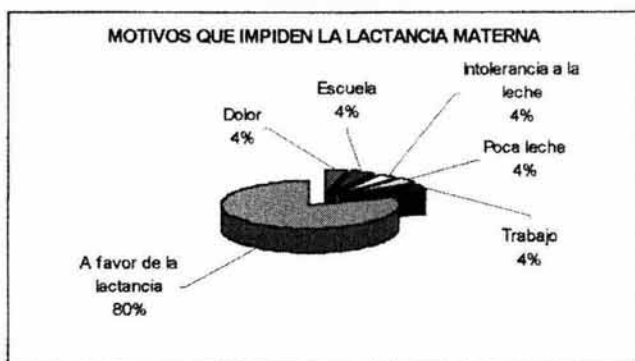
Las razones que dificultan o limitan a las madres para alimentar a sus hijos con su leche son diversas. En algunos casos el motivo fue el dolor en los senos, por asistir a la escuela, por que el hijo no tolera la leche materna, por que la madre produce poca leche y debe recurrir a la alimentación mixta de su bebé o incluso por trabajar, cada una de estas razones representa el 20% de las mujeres incluidas en el siguiente cuadro. En cambio 20; es decir, el 80% están a favor o han alimentado a sus hijos con su leche. Por su parte, las embarazadas piensan amamantar a sus hijos.

CUADRO 22

MOTIVOS QUE IMPIDEN LA LACTANCIA MATERNA		
RAZÓN	Nº DE CASOS	%
Dolor	1	4.0
Por estudiar bechill.	1	4.0
Intolerancia a la leche	1	4.0
Poca leche	1	4.0
Trabajo	1	4.0
A favor de la lactancia	20	80.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

GRÁFICA 16



Fuente: Cuadro 22.

En los casos que se argumentó algún impedimento para alimentar al hijo con el seno materno se dieron alternativas durante las sesiones de trabajo. "Existen muchas circunstancias que suelen motivar la interrupción precoz de la lactancia e incluso impedir que se inicie".<sup>146</sup>

Las razones que originan la suspensión o que impiden la lactancia son múltiples. La desnutrición severa, enfermedades graves o prescripción de algún medicamento a la madre son situaciones de esta que le impiden amamantar al hijo o ponen en riesgo la salud del bebé al darle su leche alterada por los problemas anteriores. Cuando la madre es vulnerable a cuestiones emocionales, tradiciones y creencias populares, la familia y su entorno social la producción de leche puede ser insuficiente para alimentar a su hijo. La necesidad de reintegrarse al trabajo remunerado, o al estudio también influye, reduce o impide la lactancia.

Hay autores que establecen que un impedimento para lactar al recién nacido se deriva de que este sea prematuro, pero si el recién nacido tiene un peso menor de 1.5 Kg. y no presenta alguna patología debe ser alimentado con la leche de su madre. Cuando el recién nacido es prematuro o de bajo peso se propone que la madre adopte el programa canguro, donde el recién nacido se restablece rápidamente como resultado de ser alimentado con leche materna y apego piel a piel y bajo estricta vigilancia médica. De la población estudiada el 20% refiere problemas para que los bebés sean alimentados con leche materna a diferencia del 80% que se manifiesta a favor de la lactancia.

<sup>146</sup> Lange, Ana. Cuadernos de nutrición. Volumen 9. México, 1993 p. 29

## LA ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ

La situación médica, económica y el grado de conocimiento sobre la importancia de la lactancia influyen en las decisiones de las mujeres para alimentar a sus hijos. 12% de las mujeres piensan alimentar a su bebé con leche en polvo, tal vez influenciadas por las campañas publicitarias de las empresas productoras de leche para bebé o por alguna razón médica. Dos de las mujeres que representan el 8% planea alimentar al bebé con leche de vaca y 20 mujeres que es una gran mayoría y se representa con el 80% de ellas piensa amamantar a su hijo, es decir alimentarlo con su leche. En cambio nadie planteo recurrir a otros alimentos como atole y té.

"El comportamiento de la mujer ante el amamantamiento se relaciona estrechamente con sus creencias y aptitudes respecto a lo que es mejor o más sano para su hijo. Generalmente la madre basa su decisión de amamantar o no a su hijo en situaciones relacionadas con la salud de ella y su hijo. Las madres que eligen el pecho o el biberón se muestran igualmente preocupadas por la salud de su bebé".<sup>147</sup>

La elección de la forma de alimentar al bebé está influida por factores sociales, psicológicos e incluso históricos, como lo es el desarrollo de la fuerza de trabajo a través del tiempo, en la que la mujer se ha ido integrando. Los medios masivos de comunicación influyen considerablemente en la difusión de los productos de las grandes empresas productoras de leche o de la conveniencia de que la mujer amamante a su hijo. Los médicos plantean a la madre su compromiso de amamantar al hijo; sin embargo, la madre debe decidir basándose en la instrucción, orientación y conocimientos de la leche materna y sus efectos positivos en el bebé, para que convencida de que su leche es lo mejor para la salud de su bebé lo alimente con su seno.

CUADRO 23

ALTERNATIVAS DE ALIMENTACIÓN		
ALIMENTO	N° DE CASOS	%
Leche en polvo	3	12.0
Leche de vaca	2	8.0
Leche materna	20	80.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

<sup>147</sup> Horwitz Kaufe, Martha, Cuadernos de Nutrición vol. 20. México. 1997 p. 17



GRÁFICA 17



Fuente: Cuadro 23

#### 4.4 OPINIÓN RESPECTO A LA LECHE MATERNA

Entre el primer y segundo cuestionario se aprecia un cambio en la opinión que tienen las mujeres respecto a la leche materna. En el primer cuestionario, el 12% opina que la ventaja de la leche materna reside en que tiene más defensas. El 32% considera que la leche materna es más nutritiva, para el 4% de las personas es más económica y para otro 4% la leche de vaca es más económica y el 48% de las personas no contestaron. En el segundo cuestionario, el 48% de las madres señaló que la leche es el mejor alimento, para un 4% la leche materna es un alimento económico, para un 4% la razón es de carácter médico y por cuestiones de trabajo respectivamente.

Las respuestas obtenidas sobre la opinión acerca de la leche sugiere la necesidad de instruir a las mujeres sobre la importancia y proceso de la lactancia materna comprobando lo que Sara Pérez cita al decir que la lactancia materna se da por sentido común, ya que al preguntar a las mujeres ¿por qué alimentan a sus hijos con leche materna? El 48% de las 25 mujeres no supo contestar.

Después de la instrucción, el 40% de las 25 mujeres sabe porque la leche materna es el mejor alimento para su hijo. Un 48% indicó que la leche protege de las enfermedades y un 4% señaló que la leche es económica. Como resultado de la investigación se deduce que 92% de las mujeres necesitan ser instruidas en materia de lactancia materna.

CUADRO 24

OPINIÓN SOBRE LA LECHE MATERNA		
PRIMER CUESTIONARIO		
OPINIÓN	N° DE CASOS	%
Protege de enfermedades	3	12.0
Mejor y más nutritiva	8	32.0
Económica	1	4.0
De vaca por económica	1	4.0
No contestó	12	48.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

CUADRO 25

OPINIÓN SOBRE LA LECHE MATERNA		
SEGUNDO CUESTIONARIO		
OPINIÓN	N° DE CASOS	%
Protege de enfermedades	12	48.0
Mejor y más nutritiva	10	40.0
Económica	1	4.0
Prescripción médica	1	4.0
Por trabajo	1	4.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

GRÁFICA 18



Fuente: Cuadro 24

GRÁFICA 19



Fuente: Cuadro 25

## TIEMPO QUE SE ALIMENTA CON LECHE MATERNA

Cuando se les cuestiona a las mujeres sobre el tiempo ideal que deberían alimentar exclusivamente con leche materna a sus hijos, también se dio un cambio en las respuestas del primero al segundo cuestionario. Al respecto podemos indicar que "las recomendaciones de la academia estadounidense de pediatría y las realizadas en países industrializados coinciden, en términos generales, en que los niños no deben recibir un alimento distinto a la leche antes de cumplir por lo menos cuatro meses de edad".<sup>148</sup>

Como resultado de la comparación de las respuestas obtenidas de la aplicación de los dos cuestionarios podemos afirmar que las mujeres comprendieron que sus hijos deben ser alimentados única y exclusivamente con leche materna durante los cuatro primeros meses de nacidos, que después de esa edad la alimentación puede ser complementada y que cumplidos los seis meses de edad se puede sustituir gradualmente la leche.

La recomendación de que hasta los cuatro meses el bebé debe ser alimentado única y exclusivamente con leche materna es avalada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia e instituciones nacionales como el IMSS, ISSSTE y SSA quienes definen la lactancia materna como la alimentación del recién nacido exclusivamente con leche materna, sin la adición de otros líquidos o alimentos, e incluso evitar el uso de chupones y biberones.

**CUADRO 26**

DURACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA				
TIEMPO	1er. CUESTIONARIO		2do. CUESTIONARIO	
	Nº DE CASOS	%	Nº DE CASOS	%
4 semanas	0	0.0	1	4.0
4 meses	7	28.0	22	88.0
6 meses	2	8.0	0	0.0
9 meses	0	0.0	1	4.0
1 año	3	12.0	0	0.0
4 años	0	0.0	0	0.0
No lo alimentaron	5	20.0	1	4.0
No contestaron	8	32.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

<sup>148</sup> Colaizzi Tábano, Loredana. Cuadernos de nutrición. vol. 20. México 1997 p. 20

## GRÁFICA 20

### PRIMER CUESTIONARIO



Fuente: Cuadro 26.

## GRÁFICA 21

### SEGUNDO CUESTIONARIO



Fuente: Cuadro 26

## 4.5 CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DEL CALOSTRO

Al cuestionar a las mujeres sobre su conocimiento del calostro se aprecia lo siguiente. En el primer cuestionario se observa que el 28% de las mujeres cree que el calostro es lo primero que sale de los senos. Para un 8% el calostro es nutritivo y el restante 64% no contestó. En el segundo cuestionario, el 28% indicó que el calostro es la primera leche, el 24% contestó que es el alimento más importante, el 8% señaló que es su

primera vacuna y el 40% contestó que el calostro protege al bebé de enfermedades como se aprecia en los siguientes cuadros y gráficas.

**CUADRO 27**  
PRIMER CUESTIONARIO

OPINIÓN RESPECTO AL CALOSTRO		
RESPUESTA	N° DE CASOS	%
Lo primero que sale del seno	7	28.0
Es nutritivo	2	8.0
No contestó	16	64.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

**CUADRO 28**  
SEGUNDO CUESTIONARIO

OPINIÓN RESPECTO AL CALOSTRO		
RESPUESTA	N° DE CASOS	%
Es la primera leche	7	28.0
Es el alimento más importante	6	24.0
Es la primera vacuna	2	8.0
Protege de enfermedades	10	40.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

## GRÁFICA 22

PRIMER CUESTIONARIO



Fuente: Cuadro 27.

**GRÁFICA 23**  
SEGUNDO CUESTIONARIO



Fuente: cuadro 28.

"Los calostros contienen menos grasa y azúcar que la leche materna, pero son más ricos en proteínas, minerales y vitaminas. Contienen gran número de anticuerpos que protegen al niño recién nacido contra las infecciones y adhiriéndose a los intestinos, evitan el desarrollo de bacterias y reacciones alérgicas".<sup>149</sup> El calostro es un alimento indispensable en la dieta del recién nacido, con este alimento el bebé inicia su digestión sin que haya alteraciones en su funcionamiento.

La instrucción proporcionada a las mujeres mediante las pláticas fueron aprovechadas por las madres participantes ya que si en el primer cuestionario no hubo respuesta de las mujeres por inseguridad o desconocimiento de la importancia del calostro, a diferencia de esto, en el segundo cuestionario indicaron lo importante que es el calostro y el beneficio que reciben los niños lactantes al consumirlo.

La importancia que se atribuye al consumo de calostro por parte del bebé, se aprecia en los siguientes cuadros y graficas. La opinión sobre la importancia de este alimento, naturalmente cambio del primero al segundo cuestionario. Cuando se aplico el primero de ellos a las participantes en este trabajo, las respuestas indican que 60% consideran que es importante que los bebés consuman el calostro, el 12% contesto que no es importante que los bebés consuman el calostro y el 28% ignora que su hijo deba tomar el calostro. Al responder al segundo cuestionario, la percepción que se tiene respecto al alimento referido experimentó un cambio sorprendente debido a que el 96% de las madres expreso la trascendencia que tiene el consumo del calostro por parte de los bebés y el pequeño porcentaje restante 4% no le atribuye alguna importancia.

<sup>149</sup> Neilson, Joan. Lactancia y Salud. México 1985 p. 19

**CUADRO 29**

PRIMER CUESTIONARIO

IMPORTANCIA DEL CONSUMO DEL CALOSTRO		
OPINIÓN	N° DE CASOS	%
Es importante	15	60.0
No es importante	3	12.0
No saben	7	28.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

**CUADRO 30**

SEGUNDO CUESTIONARIO

IMPORTANCIA DEL CONSUMO DEL CALOSTRO		
OPINIÓN	N° DE CASOS	%
Es importante	24	96.0
No es importante	1	4.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

El primer cuestionario refleja la situación inicial en la que de las 25 mujeres encuestadas, al 60% le parecía importante que sus hijos recién nacidos consumieran el calostro a diferencia del segundo cuestionario en el que después de que las mujeres recibieron la información sobre gestación y lactancia el 96% reconoció la importancia de que sus hijos consuman el calostro. El 4% restante persistió en señalar que el calostro no es importante.

**GRÁFICA 24**

PRIMER CUESTIONARIO



Fuente: Cuadro 29

**GRÁFICA 25**  
SEGUNDO CUESTIONARIO



Fuente: Cuadro 30.

## ENFERMEDADES FRECUENTES DE LOS BEBÉS

La alimentación con leche materna no solo está vinculada con su riqueza nutritiva. Además de la trascendencia alimenticia está el aporte inmunológico derivado de la leche de las madres. La frecuencia con la que los bebés enferman y el conocimiento de los padecimientos más comunes nos indica lo determinante que las madres sean las proveedoras directas de la leche que sus hijos consumen.

El 28% de las 25 mujeres manifestó que la enfermedad más común de los bebés es la gripe, para el 8% la enfermedad más frecuente es la tos. Otro 8% refirió que los males que más han aquejado a sus bebés son de carácter congénito, incluyendo la intolerancia a la leche materna y problemas auditivos. El restante 56% no indicó ninguna enfermedad como se ilustra en el cuadro y gráfica siguiente.

Evidentemente, la gripe y la tos son las enfermedades más comunes, además de que están relacionadas con los cambios bruscos de temperatura. Estos no constituyen problemas graves que requieran hospitalización. Destaca que más del 50% no han enfermado de diarrea. En consecuencia, se reafirmó la convicción de que la alimentación de los bebés con la leche de sus madres es efectiva para asegurar su nutrición y desarrollo eficiente del sistema inmunológico. Esto último es decisivo para la salud del bebé ya que en sus primeros meses de vida es mayor su vulnerabilidad a las enfermedades.



La comparación de la cédula con los expedientes conocidos como tarjeteros de control del niño sano permitió determinar que no se enfrentan problemas de anemia ni alguna otra enfermedad severa. El peso y talla de los niños se encuentra dentro de los niveles normales.

CUADRO 31

ENFERMEDADES FRECUENTES DE LOS NIÑOS		
ENFERMEDAD	Nº DE CASOS	%
Gripe	7	28.0
Tos	2	8.0
Diarrea	0	0.0
Otras: Prob. Congénitos, auditivos e intolerancia a la leche.	2	8.0
Ninguna	14	56.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

GRÁFICA 26



Fuente: cuadro 31.

## 4.6 ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ CUANDO LA MADRE TRABAJA

Se planteó a las mujeres que indicaran cuál sería la alimentación de sus bebés en caso de que trabajaran. El 8% de las señoras manifestó que alimentaría a su hijo con leche en polvo. Un 4% respondió que

recurriría a la leche de vaca, el 4% de las mujeres no trabajaría y el 84% están convencidas de que darían a sus hijos su leche.

Existen diversas razones por las que las madres pueden prescindir de alimentar con su leche a su hijo. En este sentido, el 8% no alimentan a su hijo por dificultades con su horario; ante la situación se les instruyó como recurrir a la extracción manual de la leche. Esther Casanueva investigadora del Instituto Nacional de Perinatología refiere que, una parte considerable de las madres que trabajan fuera del hogar abandonan la práctica de la lactancia materna porque deben salir de su hogar para realizar sus actividades laborales.

Las mujeres que trabajan no deberían enfrentar esta situación porque la Ley Federal del Trabajo dispone que se debe ofrecer a las madres la facilidad para lactar a sus hijos en sus centros laborales. La realización del presente trabajo permitió conocer que el 8% de las mujeres se ausentarían del niño por cuestiones laborales. Una de las mujeres participantes en las pláticas impartidas sobre gestación y lactancia señaló que el hecho de ser estudiante no es impedimento para amamantar a su hijo. Una de las madres persistió en no continuar con la alimentación con su leche. Finalmente hay que destacar que la mayoría de las madres (84%) planteo continuar con la lactancia materna. A este grupo se le reforzó la instrucción sobre la extracción manual de la leche para evitar abstinencia de sus hijos en caso que debieran ausentarse las madres.

**CUADRO 32**

<b>ALIMENTO QUE DARIA AL BEBÉ SI TRABAJARA</b>		
<b>TIPO DE ALIMENTO</b>	<b>N° DE CASOS</b>	<b>%</b>
Leche materna	21	84.0
Leche en polvo	2	8.0
Leche de vaca	1	4.0
No trabajaría	1	4.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

GRÁFICA 27



Fuente: cuadro 32.

## CONOCIMIENTO DE LAS POSICIONES PARA ALIMENTAR AL HIJO

Al aplicarse el primer cuestionario, el 16% de la mujeres indico conocer las posiciones para alimentar a su bebé y el 84% restante señalo desconocerlas. Las mujeres mencionaron cuatro posiciones para amamantar al bebé. En el segundo, cuestionario después de la instrucción una de las mujeres indico que la posición correcta para alimentar a su bebé es estar sentada, otra que la posición debe ser sentada o acostada y una de ellas sentada, balón y acostada y el 88% restante desconoce las posiciones adecuadas para alimentar a su hijo como se ilustra en el cuadro 36 y 37.

**CUADRO 33**  
PRIMER CUESTIONARIO

<b>CONOCIMIENTO DE LAS POSICIONES PARA ALIMENTAR AL HIJO</b>		
SITUACIÓN	N° DE CASOS	%
Conoce	4	16.0
Desconoce	21	84.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

**GRÁFICA 28**  
PRIMER CUESTIONARIO



Fuente: cuadro 33.

**CUADRO 34**  
PRIMER CUESTIONARIO

<b>POSICIONES QUE SE CONOCEN</b>		
POSICIONES	N° DE CASOS	%
Sentada	1	4.0
Sentada y acostada	1	4.0
Sentada, balón y acostada	1	4.0
No sabe	22	88.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

**GRÁFICA 29**  
PRIMER CUESTIONARIO



Fuente: cuadro 34.

En el segundo cuestionario se redujo sustancialmente el porcentaje de mujeres que refirió desconocer las distintas posiciones a las que deben recurrir para alimentar al bebé. En cambio, como reflejo de lo positivas que resultaron las pláticas, el 92% indicó saber cuáles son las posiciones. Respecto a las distintas posiciones, el 20% mencionó que la madre debe estar acostada al alimentar a su hijo, sentada 28%, de balón o sandía el 16%, en forma de C 20% y 8% con la cara del bebé frente al seno. Es importante reiterar que en el primer cuestionario el 88% dijo no saber cuáles eran las posiciones a diferencia del segundo cuestionario en el que ya solo un 8% refirió desconocer las posiciones para amamantar a los niños. El beneficio de el presente trabajo reside en el gran avance que se dio con el conocimiento de las posiciones correctas para amamantar adecuadamente al niño evitándole problemas que pudieran obstruir la lactancia.

**CUADRO 35**  
SEGUNDO CUESTIONARIO

<b>CONOCIMIENTO DE LAS POSICIONES PARA ALIMENTAR AL HIJO</b>		
<b>SITUACIÓN</b>	<b>N° DE CASOS</b>	<b>%</b>
<b>Conoce</b>	<b>23</b>	<b>92.0</b>
<b>Desconoce</b>	<b>2</b>	<b>8.0</b>
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

**GRÁFICA 30**  
SEGUNDO CUESTIONARIO



Fuente: cuadro 35.

**CUADRO 36**  
SEGUNDO CUESTIONARIO

<b>POSICIONES QUE SE CONOCEN</b>		
POSICIONES	N° DE CASOS	%
Acostada	5	20.0
Sentada	7	28.0
Balón o sandía	4	16.0
Forma C	5	20.0
Cara frente al seno	2	8.0
No sabe	2	8.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente: 25 cuestionarios aplicados en los dos centros de salud.

**GRÁFICA 31**  
SEGUNDO CUESTIONARIO



Fuente: cuadro 36.

## 4.7 ANÁLISIS DE CASOS

La muestra de 25 mujeres de los centros de Salud Reforma Sur y La Libertad está integrada por 12 mujeres embarazadas y 13 lactantes. A todos los grupos se le incluyó en los temas de gestación y lactancia materna.

El compromiso fue proporcionar un servicio humanitario y hacer frente a los problemas, estas razones fueron primordiales para seleccionar tres casos de las 25 mujeres de estudio, en las 22 restantes el objetivo se cumplió. Estos casos requieren de una atención especial dando alternativas para mejorar su calidad de vida.

Primer caso: Embarazo no deseado.

Segundo caso: Rechazo a lactar a su hija.

Tercer caso: Desnutrición.



**Caso I****Embarazo no deseado.**

La señora Julia, hermana mayor de Yessica, acudió a trabajo social pidiendo asesoría, respecto a los problemas de conducta de su hermana, debidos a un embarazo no deseado.

**1.- Datos de identificación**

Unidad Médica : Centro de Salud Reforma Sur

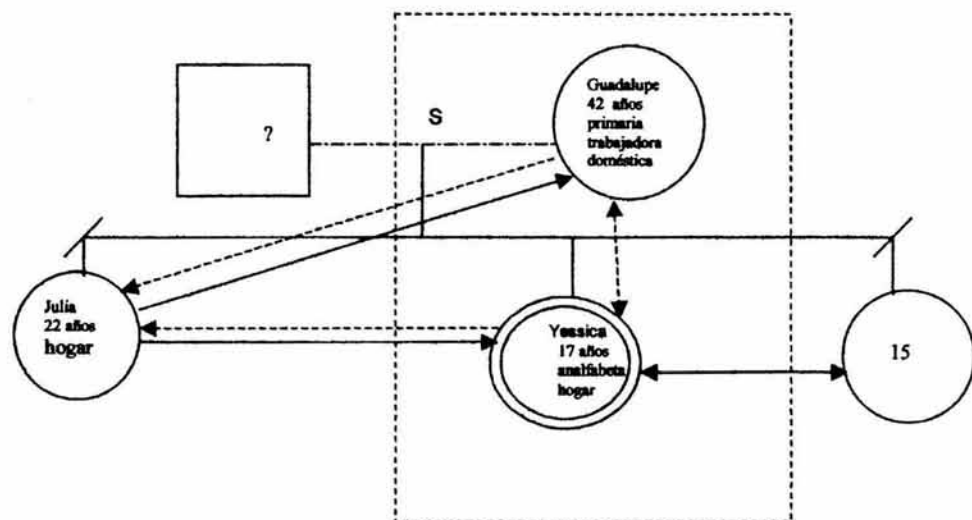
Nombre:	Yessica C. C.	No.	06
Edad:	17 años	Fecha:	04-09-00
Estado Civil :	Soltera	Religión:	Católica
Escolaridad:	Analfabeta	Ocupación:	Hogar
Lugar de Nacimiento:	Puebla	Tel.	

**2.- Cuadro Familiar**

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación
Guadalupe C. C. Yessica C. C.	42 años 17 años	Madre Hija	2° de primaria Analfabeta	trabajadora doméstica Hogar

### 3.- Familiograma caso I

#### Familia C. C.



### 4.- Familia

Yessica ocupa el segundo lugar de tres hermanas, el embarazo y parto de la madre fue normal. Los primeros años de su vida fueron de conflictos familiares; Yessica refiere que solo vivió con su madre los cinco o seis primeros años de su infancia, después vivió con su tía trabajando como empleada doméstica. Posteriormente vivió aproximadamente un mes en unión libre con su pareja, quién la abandonó haciéndola regresar con su madre.

Actualmente Yessica presenta un embarazo de 28 semanas. La comunicación intrafamiliar es conflictiva por el autoritarismo de su madre y sus conflictos emocionales que se manifiestan en rebeldía, depresión, y angustia. Julia, la hermana mayor la ha apoyado, pero Yessica no muestra interés por su caso personal y el de

su casa e incluso no se esfuerza por conseguir algún empleo que le permita obtener ingresos para el gasto familiar.

La madre cursó hasta el segundo grado de primaria, trabaja como empleada doméstica obteniendo un salario menor al mínimo, es la única que aporta al ingreso familiar y quién tiene la autoridad. Yessica es dependiente económica de su madre y continúa viviendo como hija de familia. El medio de procedencia es suburbano, no cuenta con todos los servicios públicos. La toma de corriente eléctrica es provisional y la casa habitación donde vive es inadecuada ya que solo cuenta con dos cuartos improvisados en los que se aprecia la falta de higiene lo que impide el mínimo de bienestar.

## **5.- Diagnóstico**

Yessica, soltera de 17 años, analfabeta, manifiesta comportamiento rebelde y embarazo no deseado. Se encuentra en el séptimo mes de gestación, tiene infección renal y anemia de primer grado. Económicamente depende de la madre y proviene de una familia desintegrada y subcultural que vive en constante conflicto.

## **6.- Plan**

Se le canaliza al grupo de lactancia materna del Centro de Salud Reforma Sur donde se le dará la información necesaria para la atención de su embarazo. También se le canaliza al servicio de psicología y se le recomienda que busque trabajo.

Es probable que descuide a su hijo por sus problemas emocionales, por lo que se le insistió continuar con sus terapias de psicología en el DIF.

## **7.- Pronóstico**

Reservado por la mala relación y constante enfrentamiento entre madre e hija.

## Caso II

### Rechazo a lactar a su hija

Josefina asiste a programa de control del niño sano. El caso fue detectado en el proceso de la investigación, la mujer se mostró renuente a lactar al bebe a pesar de tener suficiente producción de leche. Se le propuso la extracción manual de su leche para que su hija sea alimentada durante su ausencia por motivos de trabajo, sugerencia a la que hizo caso omiso.

#### 1.- Datos de identificación

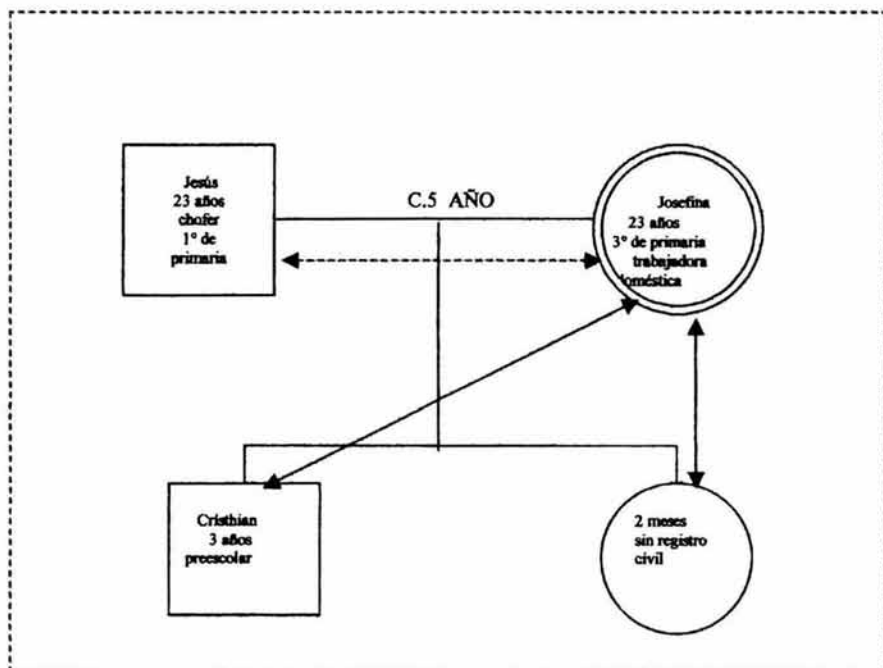
Unidad Médica:	Centro de Salud Reforma Sur	N°. :	11
Nombre:	Josefina H. B.	Fecha:	05-09-00
Edad:	23 años	Religión:	Católica
Estado Civil:	Casada	Ocupación:	Emp. doméstica
Escolaridad:	Primaria incompleto	Tel. :	
Lugar de nac.:	Pachuca, Hidalgo.		

#### 2.- Cuadro familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación
Jesús G. F.	23 años	Padre	1° de primaria	chofer
Josefina H. B.	23 años	Madre	3° de primaria	trabajadora doméstica
Cristhian G. H.	3 años	Hijo	Kindergarten	Estudiante
Sin registro civil	2 meses	Hija		

### 3.- Famillograma caso II.

#### Familia G. H.



### 4.- Familia

Familia nuclear, en etapa de formación, Josefina estudió hasta el tercero de primaria, trabaja como empleada doméstica para ayudar en el ingreso familiar ya que el salario del esposo no es suficiente. El cónyuge solo estudió hasta el primero de primaria, se emplea como chofer obteniendo un salario tres veces mayor al salario mínimo. Parte de este ingreso se destina al pago de renta, alimentación y educación; sin embargo, a pesar de que este ingreso podría ser suficiente para satisfacer las necesidades básicas, el esposo gasta la

mayor parte en bebidas alcohólicas. La abuela no vive con familia, pero les brinda apoyo pagando el agua potable, el recibo de luz y cuida a los hijos de Josefina mientras ella trabaja.

La familia proviene de medio suburbano, su vivienda esta integrada por cuartos improvisados y no cuenta con todos los servicios públicos. El problema del alcoholismo y machismo de Jesús hacen que la comunicación intrafamiliar sea conflictiva por lo que Josefina se muestra estresada, deprimida y rebelde ya que teniendo la posibilidad de alimentar a su hija con leche materna y evitar el gasto de dinero en la compra de leche en polvo, muestra renuencia y no alimenta a su hija con leche materna.

## **5.- Diagnóstico**

Josefina de 23 años, casada, madre de dos hijos, con rechazo al ejercicio de alimentar al bebé con leche materna, conducta depresiva, subcultural y con problemas familiares a causa del alcoholismo del esposo.

## **6.- Plan**

Se canaliza a Josefina al grupo de lactancia materna, donde será instruida sobre los beneficios de la alimentación con leche materna. Además se da orientación sobre los grupos de alcohólicos anónimos donde deberá asistir el esposo.

## **7.- Pronóstico reservado**

Bueno: porque la señora Josefina tiene la disponibilidad de recibir el apoyo que requiere.  
asistir a reuniones para familiares de alcohólicos  
asistencia a pláticas del grupo de mujeres

**Caso III****Desnutrición de primer grado**

La señora Reina se presenta al Centro de Salud la Libertad para recibir atención y control de su embarazo, diagnosticándosele desnutrición de primer grado.

**1.- Datos de identificación**

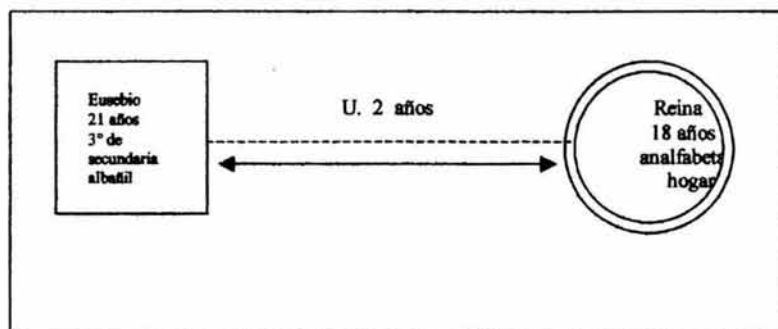
Unidad Médica:	Centro de Salud La Libertad	N°:	13
Nombre:	Reina C. G.	Fecha:	06-09-00
Edad:	18 años	Religión:	Católica
Estado Civil:	Unión libre	Ocupación:	Hogar
Escolaridad:	Analfabeta	Tel.	
Lugar de Nac.:	San Francisco Acatepec, Puebla		

**2.- Cuadro familiar**

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación
Eusebio P. R.	21 años	Padre	3° de secundaria	albañil
Reina C. G.	18 años	Madre	analfabeta	hogar

### 3.- Famillograma caso III

#### Familia P. C.



### 4.- Familia

Reina proviene de San Francisco Acatepec, Puebla, en donde al unirse con Eusebio decidieron trasladarse a la ciudad de Puebla estableciendo su domicilio en una vecindad que carece de los servicios básicos, por lo que viven en condiciones poco saludables.

El jefe de familia es Eusebio, mismo que toma las decisiones más importantes, estudio hasta el tercer grado de secundaria, trabaja como albañil, el salario que percibe es mayor a dos salario mínimos, una parte de su salario es destinado a su madre que no vive con ellos. Reina depende económicamente de su pareja, se dedica al hogar, la relación Intrafamiliar, aparentemente es aceptable. El ingreso de la familia no cubre satisfactoriamente las necesidades básicas ya que tienen que ahorrar para gastos médicos, el parto y ropa para el futuro bebé por lo que la alimentación de Reina es deficiente y presenta anemia de primer grado. El problema de analfabetismo agrava la situación, ella muestra hermetismo y la comunicación extrafamiliar es complicada.

### 5.- Diagnóstico

Reina de 18 años vive en unión libre, analfabeta, tiene 8 meses de embarazo, presenta anemia de primer grado, subcultural, provienen de medio rural, lo que hace difícil su establecimiento en la ciudad.



## **6.- Plan**

Se le orienta para continuar tratamiento médico y de nutrición.

Se instruye sobre gestación, lactancia materna y conocimientos básicos sobre nutrición y alimentación.

Es orientada para que sea alfabetizada

## **7.- Pronóstico**

Bueno: A pesar de ser introvertida, Reina muestra interés, para continuar con valoraciones médicas subsecuentes y buscar alternativas para ser alfabetizada.

Continuar los programas de control del Niño Sano y Control de la Mujer.

## **CONCLUSIÓN**

## CONCLUSIÓN

Uno de los motivos del Trabajo Social en el área de salud es su intervención a través de la instrucción y orientación a la población femenina en edad reproductiva, con la intención de mejorar la educación en salud, sobre todo mujeres de escasos recursos económicos, las mismas que requieren ser instruidas y capacitadas en temas de lactancia materna para reforzar sus conocimientos, adicionando temas de salud reproductiva generando un conocimiento integral de género.

En 25 mujeres entrevistadas, las cuales se encuentran en edad reproductiva del Centro de Salud Reforma Sur y Centro de Salud la Libertad ubicados en la Junta Auxiliar de la Ciudad de Puebla, la situación, análisis y resultados del diagnóstico de Trabajo Social, se comprobó el escaso conocimiento en lactancia materna, en lo cual los medios y recursos son indispensables para su aprendizaje.

El Trabajo Social de grupo se llevo a cabo con las 25 mujeres que participaron haciendo preguntas y aportaciones de sus propias experiencias que fueron útiles para las demás madres, la inquietud de estas mujeres por conocer más acerca del embarazo, se debe a que por ser parte de la población de escasos recursos económicos, se bloquea el acceso a la información por no disponer de un ingreso económico suficiente y estable para gastos de transporte perdiendo la oportunidad de tener información sobre su embarazo y el pleno aprovechamiento de la leche materna, comprometiéndose a alimentar a sus hijos con su pecho.

A continuación se presentan datos relevantes de aspectos sociales, económicos y culturales del análisis de las 25 mujeres entrevistadas como el caso de su formación escolar que 4 mujeres representando el 16% son analfabetas, igual de casos no concluyeron la primaria, 5 que son el 20% concluyeron la primaria, 2 de las mujeres o el 8% no terminaron la secundaria, 8 o 24% de los casos tienen la secundaria completa, una de las mujeres aparte de la secundaria no concluyó un año de preparación técnica, 3 de los casos igual al 12% tiene el bachillerato; 12 de las mujeres que representan el 48% viven en unión libre; 23 o 92% de los casos pertenecen a la religión católica; 17 de ellas o 68% se sustentan de un ingreso económico que oscila entre 2 y 3 salarios mínimos; el grupo familiar de 21 de las 25 mujeres o sea el 84% se integra por 3 personas; 24 casos correspondiente a 96% se ocupa a las actividades del hogar, solo una de las 25 mujeres trabaja como empleada doméstica; mientras 11 o 44% del esposo o pareja de ellas son empleados y 10 de los 25 casos representados con el 40% son subempleados; y con relación al tipo de empleo de los 25 casos 12 o 48% su salario es mayor al mínimo y 9 o 36% del proveedor del ingreso económico fluctúa entre 2 y 3 salarios mínimos; mientras que lo relativo a la vivienda 20 mujeres o el 80% viven en casa o departamento – popular careciendo por lo menos de uno o más servicios públicos, son espacios reducidos y viven varias familias, tocante al tipo de propiedad en 13 o 52% de los casos la vivienda es rentada, en 7 casos o 28% es prestada y solo 5 de las viviendas o sea el 20% es propia.

Estos indicadores nos pueden dar la pauta de que las familias de estas 25 mujeres no cuentan con los mínimos satisfactorios de las necesidades básicas, y estas carencias impiden el bienestar de ellas y su núcleo familiar, tomando en consideración la necesidad de prevalecer en un medio ambiente donde su desarrollo y aspiraciones se restringen arraigando la pobreza.

La hipótesis desarrollada señala que: las mujeres embarazadas de escasos recursos del Centro de Salud Reforma Sur y Centro de Salud la Libertad desconocen la importancia de la lactancia materna, así como la forma correcta de alimentar a sus hijos. Este trabajo demostró que la hipótesis es cierta de acuerdo al primer cuestionario aplicado a las mujeres participantes en las sesiones de orientación sobre gestación y lactancia, del 88% ninguna había recibido orientación los conocimientos mencionados se sustentan en la práctica empírica o tradicional y solo el 12% tenía previa información. Esto refleja que se requiere de más promoción y difusión, así como la capacitación eficaz y efectiva sumada a la responsabilidad y compromiso de las autoridades, personal y mujeres en edad reproductiva.

Al respecto de la hipótesis también se pudo apreciar que la variable dependiente: educación en lactancia materna, efectivamente responde a las variables independientes como el desconocimiento de la importancia de la lactancia materna, etc., propuesto en este trabajo de investigación

Es innegable que la educación sobre gestación y lactancia materna puede cambiar y fortalecer con nuevos hábitos en las mujeres en edad reproductiva, tales como la forma correcta de alimentar a sus hijos, ya que con el primer cuestionario se corroboró que en la capacitación a la población estudiada el 88% que manifestó desconocer las posiciones para alimentar a su hijo; después de la orientación los resultados del segundo cuestionario transformó los conocimientos de las mujeres pues el 92% conoce las posiciones correctas para alimentar a su hijo.

La participación principal del Trabajo Social en este documento fue el instruir y capacitar a las mujeres desde la gestación hasta la lactancia en los cuatro primeros meses de vida del bebé.

En los servicios de salud en los diferentes niveles de atención a la población, el Trabajo Social tiene la facultad de participar en el mejoramiento de la educación sobre gestación, lactancia materna y demás conocimientos de la salud reproductiva.

Es importante e indispensable que las mujeres sigan siendo informadas en materia de gestación y lactancia materna en vista de que no son suficientes las pláticas y promoción temporal mediante una forma sencilla y práctica que sea afín a sus condiciones económicas y culturales. Es fundamental el trabajo individualizado

porque constituye la oportunidad de conocer a fondo la problemática del usuario y poder dar mejores alternativas de solución.

La intervención de trabajo social fue positiva; se cumplieron las expectativas del programa donde se comprobó que los bebés alimentados con leche materna tienen mejor nutrición; los componentes de la leche materna como la proteína, vitamina, minerales, agua, grasa, etc., funcionan en armonía en sus órganos los primeros cuatro meses de vida de los bebés. Otro componente de la leche materna son las inmunoglobulinas de la leche materna que tienen la particularidad de fortalecer el sistema inmunológico del niño; a diferencia de otros leches que le permiten al niño sobrevivir, pero no son la dieta perfecta como lo es la leche materna.

En síntesis, la alimentación con leche materna; por ser de la misma especie humana se considera como el alimento óptimo para el niño durante los primeros cuatro meses de vida. En cualquier otro tipo de leche, la calidad y cantidad de sus componentes pueden descompensar la dieta que el niño requiere, ocasionando alteraciones en el organismo, desencadenando algunas enfermedades o infecciones.

Se ha mencionado que la práctica de la lactancia materna es remota, sin embargo hay vestigios de que los recién nacidos han sobrevivido con otra alternativa de alimentación; pero con el avance de las ciencias auxiliares de la medicina como la pediatría, nutrición y otras, los alimentos sustitutos para bebés se fueron imponiendo a la práctica de la alimentación con leche materna. En este contexto, la investigación realizada demostró que se puede rescatar la práctica de alimentación con leche materna, proporcionando información sobre gestación y lactancia materna, en consecuencia las mujeres pueden modificar su actitud logrando el convencimiento de que la leche materna es mejor que la leche en polvo u otro sustituto. Haciendo hincapié en dar más información a las mujeres en edad reproductiva respecto a las ventajas y beneficios de la leche materna.

El estudio realizado permitió identificar claramente que en materia de salud reproductiva, como atención del embarazo, el parto, la lactancia materna los cuidados del recién nacido y otros, los proporciona las instituciones de salud pública a la población abierta, se estipula como una guía de servicios que se incluyan en la capacitación para coincidir con los servicios que otorga la institución, así como los servicios que pueden recibir las mujeres. De esta manera se aprecia como la salud reproductiva abarca diferentes áreas de la salud. En este contexto, mediante los distintos planes y programas se ofrecen servicios destinados a promover y proteger la salud y bienestar de la mujer y el niño.

Este trabajo por consiguiente demostró que las mujeres aceptan el diagnóstico médico que dan los doctores y especialistas como único y absoluto, estableciendo una barrera que impide que ellas cuestionen o pregunten acerca de su embarazo o lactancia de sus hijos y se limiten a aceptar indicaciones, sin tener otros medios para conocer más sobre su salud.

Por otra parte, las hipótesis y objetivos en relación a las 25 mujeres en estudio embarazadas y lactantes, la mayoría respondió bien a la instrucción y en este sentido quisiera dirigir la atención a tres de las mujeres; pues no todas las mujeres en edad reproductiva tienen la disponibilidad de aceptar su condición de género biológico como muestra la profesora Florida Riquer Fernández y, el señalamiento del Dr. Héctor Bourges en la importancia de los aspectos psicosociales y emocionales en la lactancia.

Atinadamente la investigadora Sara Pérez del Instituto Nacional de Nutrición enfatiza que la mujer sigue siendo objeto de estudio dentro de las ciencias sociales y hacen falta más investigaciones sobre actitud y comportamiento ante la gestación y lactancia, como los tres casos señalados donde las mujeres empiezan a tener conflictos entre lo que desean y lo que realizan, provocando una serie de alteraciones como depresión, neurosis y apatía; emociones que lógicamente repercuten directamente en el niño por ser dependiente de la madre. Por ejemplo, en el caso de las embarazadas puede haber depresión o cuando no reciben el cuidado adecuado, derivan en baja o nula producción de leche; por lo que se ratifica lo referente a educación de las mujeres respecto a la salud reproductiva.

Es en la familia donde se generan los problemas y en donde se debe dar alternativas o soluciones, a pesar de que la familia nuclear es un modelo a seguir también se ha visto afectada por la modernidad, pobreza y crisis económicas, se altera: la socialización, las relaciones, la comunicación y organización culminando en severos daños como la desintegración familiar, ausencia prolongada que impiden la convivencia familiar, desigualdad de género, madres solteras o familias monoparentales, divorcios, trabajo informal, alteración de roles, estas son algunas de las razones por las que del mismo modo las mujeres y sus familias carecen de los mínimos satisfactores a las necesidades básicas como la alimentación, salud física y mental, vivienda digna, educación, entre los más importantes. En la participación del trabajador social como alternativa de solución se propone instruir a las madres y mujeres en los temas de salud reproductiva.

Lo anterior, demuestra que es evidente que la pobreza se manifiesta en el bajo grado de escolaridad y éste en la limitación de las posibilidades en las mujeres de disponer de información sobre gestación y lactancia ya que el analfabetismo que es una manifestación de pobreza impide que las mujeres puedan aprovechar la información que sobre estas cuestiones difunden los programas. Relacionando los tres casos seleccionados de las 25 mujeres en estudio señalando el problema de falta de preparación escolar y pobreza a la que tienen que enfrentarse implicando directamente a sus hijos.

## **GLOSARIO**

## GLOSARIO

**Ablactación:** es la incorporación de alimentos diferentes a la leche materna.

**Aforo:** medir la cantidad de agua que lleva una corriente. Calcular la capacidad de algo.

**Abiotrofia:** proceso degenerativo que afecta los elementos histológicos, en particular nerviosos sin causa aparente.

**Azoge:** ser vivo bullicioso.

**Crecimiento ponderal:** peso relativo.

**Destete:** el destete se inicia al introducir el primer alimento diferente de la leche humana. En la medida en que se enriquece la dieta del niño con una amplia variedad de alimentos, el destete podría llevarse a cabo con mayor facilidad.

**Desnutrición:** trastorno metabólico por defectos de asimilación o exceso de desamiliación.

**Endoscópicas:** examen o inspección directa de una cavidad o conducto con instrumentos ópticos adecuados a la región que se explora.

**Eclampsia:** término general que designa las convulsiones tónico-clónicas de carácter paroxístico por causas diversas. Existen varias formas como gravídica, infantil, puerperal, urémica, etc..

**Fisiológicas:** ciencia biológica que tiene por objeto el estudio de la dinámica de los cuerpos organizados.

**Flebotomía:** sección de una vena para sangría.

**Gestación:** embarazo, preñez, parénquima.

**Ginecología:** rama de la medicina que trata de la mujer y de las enfermedades que le son propias, especialmente las genitales.

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

**Hipotermia:** se asocia con la hipoglucemia, puede ser consecuencia de un proceso septicemia. Las medidas se dirigen a corregir el nivel de glucosa y si se comprueba la hipoglucemia es preciso considerar la posibilidad de una septicemia.

**Hipotrofia:** nutrición deficiente y/o retardo del desarrollo.

**Hormonas:** hipofisarias: intervienen en el desarrollo mamario y son la somatotrofina y la prolactina de estructura química muy parecida.

**Inmunoglobulinas:** compuestos proteínicos que se encuentran presentes en la leche.

**Leche maternizada:** fórmulas lácteas llamadas algunas veces de esta manera porque su elaboración las asemeja a la leche materna.

**Macrófagos:** actúan principalmente fagocitando hongos y bacterias. Son productoras de C3 C4 isoleucina y lactoferrina: participan en la síntesis y excreción de lactoperoxidasa y de factores que actúan favoreciendo el desarrollo del epitelio delgado y la acción de sus enzimas.

**Leucocitos:** elementos macrófagos con Ig A en su citoplasma, la que parece ser producto de la síntesis local.



**Metabolismo basal:** la cantidad de calorías producida por una persona durante un tiempo dado, representa la suma de dos fracciones que corresponden respectivamente al metabolismo constante o básico y al metabolismo adicional.

**Mortalidad:** número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo determinados.

**Muestra:** las unidades o pequeñas cantidades de un producto que se facilitan gratuitamente.

**Neurosis:** término que se refiere a las alteraciones funcionales del psiquismo que se manifiestan con síntomas diversos y no presentan desorganización importante de la personalidad por ansiedad o angustia, caracterizada por inestabilidad emocional, irritabilidad, gran sensación de fatiga y a veces fenómenos somáticos como taquicardia, náuseas, sofocación y temblor. Hay un tipo de neurosis en el cual el conflicto defensivo se expresa por rasgos de carácter o modos de comportamiento compulsivo.

**Nutrición:** propiedad especial de los seres vivos que consiste en el doble proceso de asimilación o desasimilación, conjunto de cambios efectuados entre el organismo y el medio que lo rodea.

**Nutrientes:** son el oxígeno, carbono, hidrógeno, azufre y fósforo. Todos estos elementos conforman complejas estructuras sintetizadas a partir de las sustancias químicas contenidas en los alimentos.

**Obstetricia:** rama de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio; tocología.

**Osmolaridad:** número de moléculas osmóticamente activas por litro de solución. El sodio (Na), el cloro (Cl), además de la lactosa, son los principales responsables de la osmolaridad de las leches. Tanto la concentración de proteínas como de iones (Na, K y Cl) es tres veces más alto en la leche de vaca; esta circunstancia determina que la carga de solutos que recibe el riñón, sea tres veces más elevada cuando el niño es alimentado con esta leche.

**Osmosis:** fenómeno que consiste en el paso recíproco de líquidos de distinta densidad a través de una membrana semipermeable que los separa. Fenómeno que, cuando están separados dos líquidos por un tabique poroso, hace pasar ciertos cuerpos de una solución a otra.

**Posparto:** es el período asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo de 21 semanas o más.

**Polifomonucleares:** se encuentran en gran cantidad en el calostro, disminuyendo paulatinamente hasta las 6 semanas. En la leche madura se encuentran en menor cantidad.

**Posparto:** periodo asociado a la condición puerperal .

**Puerperal:** aquella cuyo foco reside en el aparato genital, después del parto.

**Preparación para lactantes:** se entiende por todo sucedáneo de la leche materna, preparado industrialmente, de conformidad con las normas aplicables del Codex Alimentarius, para satisfacer los requisitos normales de la nutrición de los lactantes hasta la edad de 4 a 6 meses y adaptado a las características fisiológicas de estos. Dichas fórmulas también pueden ser preparadas en el hogar, en cuyo caso se designan como tales.

**Protección inmunológica:** específica del tejido mamario puede ser medida por anticuerpos derivados de la sangre (especialmente IgG), por anticuerpos sintetizados localmente en especial IgA y por células fagocíticas. Anticuerpos citotóxicos aumentan la capacidad fagocítica de los neutrófilos en la glándula mamaria.

**Protoplasma:** relativo al protoplasma o sustancia constitutiva de las células, de consistencia más o menos líquida, estructura coloidal y composición química muy compleja que contiene gran cantidad de agua en la que se hallan disueltos o en suspensión cuerpos orgánicos y sales inorgánicas.

**Psicobiología:** sistema psicológico de A. Meyer que estudia las relaciones recíprocas entre el cuerpo y mente en la formación y funcionamiento de la personalidad, insistiendo particularmente en las relaciones del individuo con el medio ambiente social.

**Psicomotor:** relativo a los efectos motores de la actividad psíquica.

**Psique:** dicece de la mente considerada como entidad funcional, mediante la que el organismo en su totalidad se adapta a las necesidades o exigencias del medio.

**Psiquiatría:** rama de la medicina que estudia el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psíquicos o enfermedades mentales.

**Puerperas:** mujeres en proceso de expulsión del producto.

**Puerperio:** proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o 42 días y comprende tres periodos.

**Salud reproductiva:** es un estado de bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad.

**Septicemia:** estado morboeo debido a la existencia de bacterias patógenas en la sangre. Criptógena es aquella cuyo foco inicial de infección no es evidente y puerperal cuando el foco de infección reside en el aparato genital después del parto.

**Somatometría:** medición del cuerpo especialmente en relación con la constitución o biotipología.

**Sucedáneo de la leche materna:** todo alimento comercializado o presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuada para este fin.

**Toxemia:** envenenamiento del cuerpo de la madre durante el embarazo debido a la presencia de toxinas en la sangre.

**Virus:** cualquiera de los agentes infecciosos más pequeños que se caracterizan por replicar solamente en células vivas y ser parásitos absolutos, incapaces de generar energía de cualquier actividad metabólica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA

Alducin, Guillermo. Ley General de Salud. Ed. Sista. S. A. de C.V. México. 1996. p. 191.

American Academy of Pediatrics. Manual de Nutrición Pediátrica. Ed. American Academy of Pediatrics. 1° Ed. En español 1993. México. 1993. p. 368.

Anales de la Conferencia Regional. " Los costos, la cobertura, la calidad y la eficiencia de las actividades de promoción de la lactancia materna por medio de los hospitales en América Latina ". Informe final. Julio de 1994. Santos Brasil. Pp. 122.

A. Houssay Bernardo. "Fisiología Humana ". Ed. El Ateneo. Argentina. 1989. pp. 292.

Arroyo, Pedro. La Nutrición y la Salud de las Madres y los Niños. Et. AI. Instituto Nacional de Nutrición. México. 1990. p. 279.

Barrera Rubí, Kebia. Revista de Trabajo Social num. 30 abril – junio. 1987 UNAM.

A. Houssay, Alberto. Fisiología. Cap. VIII p. 43.

Campos Navarro, Roberto. La Antropología Médica en México. Ed. Universidad Autónoma Metropolitana. México. 1992. p. 202.

Cianeros Silva, Ignacio. Programa Madre Canguro, Unidad de Prematuros del Hospital Luis Castelazo Ayala. Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 1991.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México. 1992. Ed. Porrúa. S.A. pp. 126.

De Lara, Salvador. "México ante la crisis en el contexto internacional y la crisis económica" cuarta edición. Ed. Siglo XXI. México 1990. pp. 285.

Estados Unidos Mexicanos. XI Censo General de Población y Vivienda. INEGI. México 1990. p. 770.

Estados Unidos Mexicanos. Resultados definitivos tabulados básicos. INEGI. México 1995. p. 569.

Flores, Jorge. La medicina Científica y el siglo XIX Mexicano. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1987. p. 161.

Garce J., Craig. Desarrollo Psicológico. Ed. Prentice hall. Masachuset 1997. p. 134.

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado de Puebla. Manual de Normas y Procedimientos. Programa de Fomento a la Lactancia Materna. México. 1995. p. 73.

Grupo Tercer Mundo. Las Multinacionales de la alimentación contra los bebés. Ed. Nueva Imagen. México. 1982. p. 233.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Lactancia Materna. Material Educativo para la capacitación del IMSS. México. 1996. p. 25.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Normas y Procedimientos para la Lactancia Materna. Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 1976. p.62.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Mamá Canguro. Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 1976. p. 17.

Kliksberg, Bernardo. "Aprendiendo juntos como superar la pobreza". México. 1992. Comercio Exterior. Vol. 42.

La liga de la leche. México A. C. Manual para Monitores de Lactancia Materna. Ed. Promoción del grupo de apoyo de la liga de la leche de México. 1990. p. 47.

Latapi, Pablo. "Educación y Escuela" Ed. SEP Nueva Imagen. México. 1991 pp. 298.

Ley Federal del Trabajo. Cuarta edición. Ed. Delma. México 1999. pp. 247.

Mascarú y Porcar José María. Salud Reproductiva. Diccionario Médico. Ed. Salvat. Barcelona. 1971. p. 730.

Meave Etna, Partida. "Dinámicas recreativas para Trabajos con Grupos" Ed. Ediciones ETME. México. Pp. 184.

Merino Sánchez, Ma. Isabel. El Trabajo Social y su Intervención Profesional con el Paciente y su familia. Ed. IMSS. México. 1996. p. 91.

Morales Carmona, Franciso. "Aspectos psicológicos de la madre durante la lactancia al seno materno".

Morales Suárez, Moisés. Neonatología. Instituto Nacional de Pediatría.

Morales Custo, Enrique. "Sociología Histórica de las instituciones de salud en México". México 1982. Ed. IMSS. Pp. 95.

Norma Oficial Mexicana. Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio, y del Recién Nacido. NOM-007-SSA-1993.

Norma Oficial Mexicana. Protección Fomento a la Lactancia Materna Exclusiva. NOM-007 – SSA – 1993. p. 129.

Poder Ejecutivo Federal. "Programa Nacional de la Mujer 1995 – 2000". México 1995. pp. 111.

Ramos Galván, Rafael. Alimentación normal en el niño y adolescentes. México. Ed. El manual moderno. 1985. p. 751.

Rosenstein Ster, Emilio. "Diccionario de Especialidades Farmacéuticas ". Ed. PLM, S.A. de C.V. México. 1997. pp. 2120.

Secretaría de Salud. Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud en los Estados. México. 1999. p. 553.

Secretaría de Salud. "Manual de Lactancia Materna ". Ed. SSA. México. 1990. pp. 26

Secretaría de Salud, "Al rescate de la cultura de la lactancia materna en México". Ed. SSA-UNICEF. México. 1980. p. 21.

Secretaría de Salud. Con Luz Propia. Ed. SSA. México. 1994.

Secretaría de Salud. "Hospital Amigo". Ed. SSA. México. 1993 pp. 8.

Secretaría de Salud. "Hospital Amigo del Niño y de la Madre". Ed. SSA. UNICEF. México. 1992. pp. 16.

Secretaría de Salud. "Hospital Amigo" Ed. SSA. UNICEF. México. 1996. pp. 12.

Secretaría de Salud. Lactancia Materna, material para la capacitación. Ed. SSA. México. p. 90.

Sociedad Mexicana para el Estudio y Fomento de la Lactancia Humana, A.C. México. 1998. pp. 8.

Subsecretaría de Previsión y Control de Enfermedades. México. 1997.

Valencia Lomelí, Enrique. Devaluación de la Política Social. Ed. Amaroma Ediciones. México. 1996. p. 235.

Vergara, Pilar. "Política para erradicar la extrema pobreza en Chile". 1973 – 1988. México 1992. Comercio Exterior. Vol. 42, num. 5 pp. 445.

## REVISTAS

Fajardo Ortiz, Guillermo. Médico Moderno. Ed. Laboratorios Senosiani. S.A. de C.V. México. 2000 p. 81.

Instituto Nacional de Nutrición. Cuadernos de Nutrición. Julio. agosto y septiembre. 1983. México. p. 32.

Instituto Nacional de Nutrición. Cuadernos de Nutrición. Vol. 10. N° 1 Enero - febrero. 1987. México. p. 38.

Instituto Nacional de Nutrición. Cuadernos de Nutrición. Vol. 20. N° 1 Enero – febrero. 1997. México. p. 73.

Montejo Carrasco, Pedro. N° 46. Ed. Espacio y Tiempo, S:A: España. 1992. p. 101 – 120.

Montejo Carrasco, Pedro. Responsable López Ibor, J.M. La Agresividad. N° 38. Ed. Espacio y Tiempo, S.A. España. 1992. p. 41 – 80.

Muñoz Gómez, Rosario. La Memoria. N°. 57. Ed. Espacio y Tiempo, 1992. p. 161 – 180.

Pérez Franco, Benjamín. Los grupos. N° 13. Ed. Espacio y Tiempo, S.A. España. 1992. p. 81 – 100.

Pernas López, Jesús. La guía de mí bebé y yo. Ed. México. 1999. p. 84.

## **ANEXOS**

## **INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN**



## ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DE MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES

UNIDAD _____		FECHA _____	
SERVICIO _____		N°. EXPEDIENTE _____	
NIVEL SOCIOECONÓMICO _____			
NOMBRE _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL: SOLTERA _____ CASADA _____ VIUDA _____ DIVORCIADA _____ UNIÓN LIBRE _____ ESCOLARIDAD: _____ COMPLETA ( ) INCOMPLETA ( ) OCUPACIÓN: _____ RELIGIÓN: _____ ORIGINARIA _____ DOMICILIO _____ TELÉFONO _____ NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE _____ PARENTESCO _____ ESCOLARIDAD _____			
GRUPO FAMILIAR 10 Ó MAS INTEGRANTES 7 A 9 INTEGRANTES 4 A 6 INTEGRANTES 1 A 3 INTEGRANTE	CALIF. <input type="checkbox"/> 0 1 2 3	OCUPACIÓN DESEMPLEADO SUBEMPLEADO OBREROS EMPLEADOS TÉCNICOS PROFESIONISTAS	CALIF. <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5
INGRESO FAMILIAR MENSUAL  JEFE DE FAMILIA _____ ESPOSO _____ HIJO (A) _____ OTROS _____  TOTAL _____		EGRESO FAMILIA MENSUAL  ALIMENTACIÓN _____ RENTA O PREDIO _____ AGUA _____ LUZ _____ TRANSPORTE _____ COMBUSTIBLE _____ EDUCACIÓN _____ OTROS _____  TOTAL _____	
SALARIO SIN SALARIO - DEL SALARIO MÍNIMO SALARIO MÍNIMO + DEL SALARIO MIN. 2-3 SALARIOS MIN. 4-5 SALARIOS MIN.	CALIF. <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5	SITUACIÓN ECONÓMICA NO CUBRE GASTOS BÁSICOS ADEUDOS CUBRE NECESIDADES BÁSICAS EXCEDENTE DE INGRESO	CALIF. <input type="checkbox"/> 0 1 2 3
TIPO DE VIVIENDA JACAL/ CHOZA VECINDAD CASA/ DEPTO. POPULAR CASA/ DEPTO. RESIDENCIAL	CALIF. <input type="checkbox"/> 0 1 2 3	CARACTERÍSTICA DE VIVIENDA RENTA PRESTADA PROPIA	CALIF. <input type="checkbox"/> 0 1 2

SUMA DE INDICADORES	
GRUPO FAMILIAR	
OCUPACIÓN	
SALARIO	
SITUACIÓN ECONÓMICA	
TIPO DE PROPIEDAD	
CARACTERÍSTICAS DE VIVIENDA	
TOTAL	

### ESCALA DE CALIFICACIÓN

0-3	4-7	8-11	12-15	16-20	21-25
-----	-----	------	-------	-------	-------

1      2      3      4      5      6

DIAGNÓSTICO MÉDICO \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO SOCIAL \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**MARÍA VIRGINIA EDITH RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ**

N. \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LACTANCIA MATERNA

### GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES

Nombre: _____	Edad _____	
Escolaridad _____	Lugar de Nacimiento _____	
Estado Civil _____	Ocupación _____	Religión _____
Domicilio _____	Teléfono _____	
_____	Nivel _____	

1.- ¿ Sabe usted que es la Lactancia Materna ?

a)SI \_\_\_\_\_ b)NO \_\_\_\_\_

2.- ¿ En sus embarazos anteriores ha recibido capacitación de Lactancia Materna? \

a)SI \_\_\_\_\_ b)NO \_\_\_\_\_ c)donde \_\_\_\_\_

3.- ¿ Durante qué tiempo ha alimentado a su hijos con Leche Materna ?

a)4 meses \_\_\_\_\_ b)6 meses \_\_\_\_\_ c)9 meses \_\_\_\_\_

d)1 año \_\_\_\_\_ e)nunca \_\_\_\_\_ f)otros \_\_\_\_\_

4.- En el caso de no alimentar a su hijo a través del seno materno; explique porqué \_\_\_\_\_

5.- ¿ Cómo piensa alimentar a su bebé ?

a)Leche en polvo \_\_\_\_\_ b)Leche de vaca \_\_\_\_\_ c)Leche materna \_\_\_\_\_ d)Afole \_\_\_\_\_

e) Té \_\_\_\_\_ f)Otros \_\_\_\_\_

Porqué \_\_\_\_\_

6.- ¿ Hasta que edad considera usted que el bebé debe ser alimentado únicamente con Leche Materna ?

a) 40 días \_\_\_\_\_ b)4 semanas \_\_\_\_\_ c)4 meses \_\_\_\_\_ d)4 años \_\_\_\_\_

7.- ¿ Qué es el Calostro ?

\_\_\_\_\_

8.- ¿ Considera importante que su hijo tome el calostro ?

a)SI\_\_\_ b)NO\_\_\_

9.- ¿ Cuáles son las enfermedades más frecuentes en su bebé ?

a)Gripa\_\_\_ b)Tós\_\_\_ c)Diarrea\_\_\_ d)Ninguna\_\_\_ e)otras\_\_\_

10.- ¿ Sabía que la Leche materna protege a su hijo de enfermedades ?

a)SI\_\_\_ b)NO\_\_\_

11.- ¿ Conoce los beneficios que tiene el niño al ser alimentado con Leche Materna ?

a)SI\_\_\_ b)NO\_\_\_

Menciónelos \_\_\_\_\_

12.- ¿ Durante el embarazo y la Lactancia Materna cuáles son los alimentos que consumiría ? Señale con una X.

Verduras	Leche	Jugos naturales	Jamón	+ sal	+ azúcar
Calcio	Refresco	Más agua	Pollo	- azúcar	- sal
Carne asada	Pescado	Chocolates	Vitaminas	Frutas	
Lentejas	Golosinas	Huevo	Frijoles	Hígado de res	

13.- ¿ Sabía que si alimenta a su hijo con seno materno, reduce el riesgo de contraer cáncer en la matriz y en los senos ?

a)SI\_\_\_ b)NO\_\_\_

14.- ¿ Considera qué al dar leche materna, hay un ahorro económico en el gasto familiar ?

a)SI\_\_\_ b)NO\_\_\_

15.- En el caso de que usted trabajara, ¿ cómo es alimentado su hijo ?

a)Leche en polvo\_\_\_ b)Leche de vaca\_\_\_ c)Leche materna\_\_\_ d)otros\_\_\_

16.- ¿ Conoce las posiciones para amamantar a su hijo ?

a)SI\_\_\_ b)NO\_\_\_

Mencionelas \_\_\_\_\_

**CÉDULA DIAGNÓSTICA**N° 

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**EMBARAZADA** 

Control de Embarazo

1°

2°

3°

TRIMESTRE

Desnutrición

1°

2°

3°

**MADRE** Problema para Lactar Desnutrición **NIÑO** Peso R.N.  Kg.

Lactancia Materna

1

2

3

4

MESES

Peso

1°

2°

3°

4°

MES

Control Nutricional del Niño

Anemia:

1°

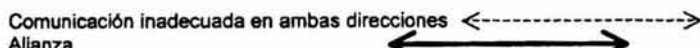
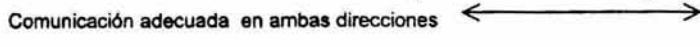
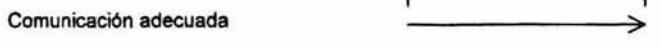
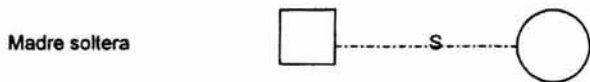
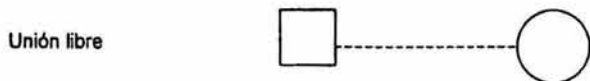
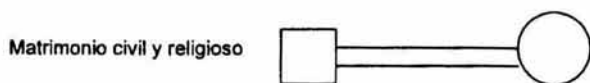
2°

3°

Enfermedades

Respiratorias Gastrointestinales

## ANEXO SIMBOLOGIA



# GUIÓN

## TEMAS QUE SE IMPARTIERON EN LA INSTRUCCIÓN

### GESTACIÓN

- Gestación
- Proceso de la gestación
- Cuidado y atención de la mujer durante la gestación
- Riesgos en el embarazo
- La alimentación durante la gestación
- Control médico

### LACTANCIA MATERNA

- Lactancia materna
- Importancia de la alimentación con leche materna y tiempo de duración
- El calostro y su importancia
- Beneficios de la lactancia materna
- Técnicas de alimentación con leche materna
- Orientación nutricional a mujeres embarazadas y lactantes
- Vacunas
- Higiene y prevención de accidentes
- Control médico