

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**FACULTAD DE CIENCIAS DE NUTRICIÓN Y ALIMENTOS
MAESTRÍA EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

**APROXIMACIÓN AL SABER POPULAR SOBRE LACTANCIA
MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS
ATENDIDAS EN ÁMBITO HOSPITALARIO EN CHIAPAS**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

PRESENTA

BEATRIZ DE JESÚS CAÑAS MARTÍNEZ

DIRECTORA DE TESIS

MAN. ERIKA JUDITH LÓPEZ ZÚÑIGA

CO-DIRECTOR DE TESIS

DR. JOSE LUIS CAÑAS MARTINEZ



TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, AGOSTO, 2019

DEDICATORIA

Agradezco antes que a nadie, a Dios, que me ha dado la oportunidad de esta maravillosa experiencia que es la vida.

Así también, mi gratitud a la Maestra Erika, por su acompañamiento y enseñanza.

Dedico este trabajo a mi hijita María Fernanda, y a mi esposo a quienes quiero con todo mi corazón.

También a mis amados Padres: Gloria y Marín, así como a mis queridos hermanos, Patricia Guadalupe, Julio César y José Luis, y a mis adorados sobrinos que han sido un maravillo regalo de la Vida.

RESUMEN

Este trabajo se aproximó al Saber popular sobre la lactancia materna (LM) y se condujo mediante investigaciones hechas en dos grupos de madres de neonatos y menores de dos años, atendidas en ambiente hospitalario. Al primer grupo se le caracterizó socioeconómica y demográficamente en los rubros Ocupación, Nivel educativo, Ingreso económico, Estado civil, Edad y Procedencia; además, se le aplicó un cuestionario con 22 preguntas de opción múltiple -acotado en el conocimiento formal sobre LM- para medir la Calidad del conocimiento sobre el tema y buscar correlaciones con los rubros mencionados para probar hipótesis. Al segundo grupo, se le abordó mediante entrevistas grupales dirigidas y se le aplicó un cuestionario con 10 reactivos de respuesta abierta sobre la LM, con el fin de evidenciar el Saber popular de las participantes sobre la temática. Del primer grupo, el 80.59% obtuvo Calidad de conocimiento inadecuado y el 19.41% Calidad de conocimiento adecuado y los análisis de las pruebas de correlación con los rubros mencionados se exponen en el capítulo de resultados. El segundo grupo aportó respuestas de naturaleza abierta por lo que fueron categorizadas conforme al tópico del reactivo; los resultados se expresaron en porcentajes –respecto al total de la muestra- y con base en las categorías determinadas. Los resultados revelaron matices disímiles entre Calidad del conocimiento y Saber popular sobre LM. El primer grupo evidenció a la mayoría (80.59%) con Calidad de conocimiento inadecuado y las correlaciones con factores socioeconómicos y demográficos permiten asumir causas asociadas. En el segundo grupo se evidenció que las participantes expresaron saberes populares sobre LM y que su naturaleza informal y tradicional mostró amplia equivalencia al conocimiento formal, solamente diferenciado por el léxico y semántica de origen popular.

Palabras clave: *Saber popular, Calidad del conocimiento.*

ABSTRACT

This document looked for an approximation to Popular knowledge of maternal breastfeeding. It was conducted through investigations applied to two groups of women mothers of newborns and children under 2 years old, which were attended in a hospital environment. The first group was demographically and socioeconomically characterized in Occupation, Education level, Economic income, Marital status, Age and Origin; in addition, it was applied a 22 item questionnaire with optional answers –based on scientific knowledge- in order to get information about the Quality of knowledge on maternal breastfeeding, and looking for correlations to explain the hypothesis. The second group was studied through guided group interviews and it was applied a 10 items instrument with open answer questions on the maternal breastfeeding subject, to highlight the Popular knowledge of participants on the subject. The 80.59% from the first group, obtained an inadequate quality of knowledge, while 19.41% get an adequate quality of knowledge. The analysis of correlations tests is shown in the results chapter of this document. The second group delivered open answers which were categorized according to the topic the question was focused in. The results were expressed in terms of percentage from the total population and classified in the previously determined categories. The general results revealed very dissimilar nuances between Quality of knowledge on maternal breastfeeding and Popular knowledge on the same topic. The findings for the first group shows 80.59% of women obtained an inadequate quality of knowledge, and the correlations with socioeconomic and demographic issues allowed to assume associated causes. In the second group, it was evident that women have shown a lot of Popular knowledge about maternal breastfeeding, furthermore, the informal and traditional nature of this knowledge revealed a broad equivalence to formal knowledge and the main nuances and difference rest in the lexical and semantic from the popular origin.

Keywords: *Popular knowledge, Quality of knowledge.*

CONTENIDO

	Página
Resumen	i
Abstract	ii
Índice de Tablas, Figuras y Gráficas	iii
CAPÍTULO I. Introducción	1
CAPÍTULO II. Antecedentes	3
II.1. Lactancia materna. Panorama Internacional y en México	3
II.1.1. Compromisos de México respecto a la LM.	6
II.1.2. Marco legal de la Lactancia en México.	7
II.2. Planteamiento del Problema	9
II.3. Justificación	11
II.4. Pregunta de Investigación	12
II.5. Objetivos	13
II.5.1. Objetivo general	13
II.5.2. Objetivos específicos	13
CAPÍTULO III. Procedimientos	14
III.1. Categorías teóricas de la investigación	14
III.1.1. La caracterización socioeconómica	14
III.1.2. Calidad de conocimiento sobre lactancia materna. Conceptos	17
III.2. Definiciones operacionales de las variables.	42
III.3. Hipótesis general.	46
III.3.1. Hipótesis específicas.	46
III.4. Métodos y Diseño	47

III.4.1. Tipo de muestra	48
III.4.2. Criterios de inclusión.	48
III.4.3. Criterios de exclusión.	49
III.4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	49
III.5. Validez y Confiabilidad	50
III.6. Procedimiento de recolección de datos	50
III.7. Protección de los DDHH.	51
CAPÍTULO IV. Resultados.	52
IV.1. Presentación de Resultados	52
CAPÍTULO V. Discusión y Conclusiones.	67
V.1. Análisis y Discusión	67
V.2. Conclusiones	78
CAPÍTULO VI. Referencias Bibliográficas	
CAPÍTULO VII. Anexos.	

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICAS.

<u>TABLAS</u>	Página
TABLA 1. Indicadores de Lactancia materna.	5
TABLA 2. Características sociales de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”.	52
TABLA 3. Características demográficas de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”.	54
TABLA 4. Calidad de conocimiento sobre Lactancia materna de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”.	55
TABLA 5. Relación entre características sociales y calidad del conocimiento sobre Lactancia materna en madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”.	57
TABLA 6. Relación entre las características demográficas y la calidad del conocimiento sobre Lactancia materna en madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”.	59
 <u>FIGURAS</u>	
FIGURA 1. Anatomía del seno o mama femenina donde se observan las diferentes capas de tejido.	21
FIGURA 2. Técnica de extracción manual de la leche.	34
 <u>GRÁFICAS</u>	
GRÁFICA 1. Características socioeconómicas de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”	53
GRÁFICA 2. Calidad de conocimiento sobre Lactancia materna de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”.	55
GRÁFICA 3.- Porcentaje de respuestas correctas por reactivo, en el conocimiento sobre Lactancia materna en mujeres participantes.	56

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN.

La lactancia materna es considerada como el proceso alimentario más importante para el bienestar de los lactantes y de sus madres. Por ello, ocupa un lugar preponderante en el proceso de alimentación y nutrición del bebé.

La leche materna además de ser el primer alimento para el recién nacido, es rica en componentes y nutrimentos, por lo que es de suma importancia que los niños menores de seis meses de edad solo consuman la leche materna natural.

Existen acuerdos internacionales que impulsan la creación e implementación de leyes destinadas a la promoción y fomento de la lactancia materna. Sus estrategias han sido encaminadas a inspirar la práctica de esta técnica en virtud de los beneficios que genera para el lactante.

La lactancia materna supera a la lactancia artificial en diferentes aspectos, tales como la disponibilidad, el papel fortalecedor del sistema inmunológico mediante la transmisión de anticuerpos de madre a hijo, el importante aporte de componentes nutricionales y uno de lo más relevantes, el fortalecimiento psicológico del vínculo afectivo entre la madre y el hijo.

Conforme al contexto establecido en el planteamiento previo, cabe señalar que este trabajo aborda la temática sobre la calidad del conocimiento sobre la lactancia materna y el saber tradicional respecto a la misma temática en madres de niños menores de 2 años que fueron atendidas en un contexto hospitalario.

En ese sentido, la investigación se plantea conforme a la siguiente: estructura: en el capítulo II se despliegan algunos antecedentes relevantes sobre la temática, así como un planteamiento del problema de investigación; así también se elaboran la justificación y la pregunta de investigación

a partir de las que se sustenta el trabajo y con la que se construyen los objetivos de la investigación.

El capítulo III aborda las categorías teóricas de la investigación, y construye el marco teórico, a través del que se define y delimita la calidad del conocimiento y saber tradicional sobre la lactancia materna, y se establecen las definiciones operacionales de las variables, se plantea la hipótesis general y se vinculan al tema de lactancia materna con el análisis sociodemográfico de la población local.

En el capítulo IV, se plantea la metodología, donde se exponen de manera clara tanto el método como el diseño, y el tipo de muestra que se utilizó para esta investigación, así como los criterios de inclusión y de exclusión respecto a las madres de los niños menores de dos años atendidas en el Hospital Regional “Rafael Pascasio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

De igual manera, se exponen técnicas e instrumentos para la recolecta de datos (cuestionarios integrados en anexos) de los que se extrae de manera clara y precisa información para determinar la calidad del conocimiento respecto a la lactancia materna, así como del saber popular de mujeres partícipes de esta investigación con relación a la misma temática. Ello con la finalidad de forjar una perspectiva respecto al saber popular en temas de importancia tan relevante como la lactancia materna.

De igual manera, se expone el procedimiento de recolección de datos, así como la estrategia de selección de las poblaciones muestra sin olvidar la protección de los derechos humanos.

Por último, en el capítulo V se presentan de manera gráfica y escrita el análisis y el resultado de los cuestionarios y entrevistas aplicadas a las madres de recién nacidos y niños menores de dos años atendidas en el hospital regional “Rafael Pascasio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

CAPÍTULO II. ANTECEDENTES

II.1. Lactancia materna. Panorama internacional y en México.

La alimentación al seno materno o lactancia materna (LM) es aquella en la que se obtiene leche del pecho materno y provee al bebé los nutrimentos necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptimos. La LM puede ser exclusiva o no.

Para tener clara la definición de “exclusividad”, el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Lactancia Materna Exclusiva (LME) como “la forma de alimentación en la que el bebé recibe solamente leche del pecho de la madre o de una nodriza, sin recibir ningún tipo de alimento líquido o sólido, ni siquiera agua (con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas y minerales o medicamentos)”, (OMS, 2003).

La leche materna se considera como el alimento ideal para el recién nacido, ya que es seguro, gratuito y se encuentra listo para consumirse; contiene anticuerpos que protegen a los infantes de enfermedades comunes, como la neumonía, que es una de las principales causas de mortandad en niños a escala mundial (OMS, 2012).

La LM es un comportamiento natural del ser humano, ya que ha sido la forma de alimentar a los recién nacidos desde tiempos inmemoriales, pero también hay que señalar que el abandono precoz de la lactancia o la decisión de no amamantar al bebé han sido un problema histórico e ineludible (UNICEF, 2011).

En ese sentido y dentro de un contexto más reciente, resulta preocupante identificar que en una sociedad en la que las enfermedades crónicas han sido las principales causas de morbilidad y

mortalidad, las prácticas de LM han sido gradualmente sustituidas a través de políticas sociales implementadas desde al menos siete décadas.

La cultura del biberón ha sido un equivalente de modernidad, y se considera uno de los factores determinantes del abandono de la LM junto con las prácticas hospitalarias erróneas, la desinformación del personal de salud, la publicidad masiva en favor de las fórmulas lácteas infantiles y la incorporación de la mujer al mercado laboral (Hospital Infantil del Estado de Sonora, 1994).

Baste para evidenciar esa circunstancia la estimación de que globalmente solo el 34.8% de lactantes reciben LME durante los primeros 6 meses de vida, mientras que la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido dentro de sus primeros meses de vida extrauterina.

México ha atravesado por un proceso histórico que ha resultado en la disminución de la práctica de la lactancia materna, y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios; lo anterior debido a los criterios modernos asociados al crecimiento económico, la urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), el acceso fácil a alimentos procesados, en comparación con los frescos, sin perder de vista el impacto de la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo (Secretaría de Salud, 2010).

Conforme a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2011-2012), entre los años 2006 y 2012, a nivel nacional, la LME en niños menores de 6 meses disminuyó de 22.3% a 14.4%, siendo mayor en el medio rural, lugar en donde la reducción fue de 36.9% a 18.5%.

Únicamente 38.3% de los niños son expuestos al seno en la primera hora de vida y la mediana de la duración de LM es de 10.2 meses (Tabla I).

Tabla 1. Indicadores de lactancia materna.

Comparativo ENN 99, ENSANUT 2006, ENSANUT 2012

INDICADOR	<u>EDAD</u> (<u>meses</u>)	<u>ZONA</u>	<u>ENN 99</u>	<u>ENSANUT</u> <u>2006</u>	<u>ENSANUT</u> <u>2012</u>
Alguna vez amamantado (%)	0 a 23	Urbana	92.3	89.5	93.5
		Rural	92.2	92.5	94.4
		Nacional	92.3	90.4	93.7
Lactancia materna exclusiva (%)	0 a 5	Urbana	14.8	17.3	12.7
		Rural	32.7	36.9	18.5
		Nacional	20	22.3	14.4
Mediana de duración de lactancia (%)	0 a 36	Urbana	4.9	8.5	4.9
		Rural	10.9	10.9	10.8
		Nacional	9.7	10.4	12.2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Resulta incuestionable que un gran número de mujeres mexicanas inician la LM con sus hijos, no obstante, esa práctica ha disminuido de manera significativa. Las estimaciones señalan que estas prácticas inadecuadas de LM, especialmente la falta de exclusividad durante los primeros 6 meses posteriores al nacimiento, se asocian a 1.4 millones de muertes y al 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años de edad (OMS, 2010).

Brindar el soporte educacional oportuno a las familias y la atención adecuada a las madres para que inicien y mantengan la LME podría salvar la vida de muchos recién nacidos (OMS, 2012). Desde esa perspectiva, se considera que el logro de la cobertura universal de una LM óptima podría evitar 13% de las muertes que ocurren en niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación y nutrición complementaria podrían significar un beneficio adicional de 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años de edad (OMS, 2010). Por ello, organizaciones internacionales como la OMS y el Fondo Nacional de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) fomentan activamente la lactancia materna como la mejor fuente de nutrientes para los lactantes y niños pequeños, con acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

II.1.1. Compromisos de México respecto a la LM

Internacionalmente existen por lo menos tres políticas que se han utilizado como base para la planificación de iniciativas referentes a la lactancia materna, entre ellas, la Declaración de Innocenti, documento que fue creado por la OMS y el UNICEF y en 1990 el gobierno mexicano se adhirió a esta declaración que determina la importancia del reforzamiento de una cultura de lactancia, condición que requiere compromiso y apoyo para la movilización social de líderes con los conocimientos suficientes.

Entre las pautas que se estipulan están el asegurar que todos los establecimientos de salud que tienen servicios de maternidad practiquen completamente los 10 pasos hacia una LM exitosa a través de la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, con la que se pretende evaluar los centros de cuidado y servicios maternos.

Asimismo, los principios y objetivos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, aseguran el uso adecuado de los sustitutos de leche materna

sustentando las acciones en el uso de información confiable y a través de una adecuada comercialización y distribución.

En 2005, la Declaración de Innocenti ratificó las acciones propuestas y necesarias para lograr los Objetivos de Desarrollo de Milenio (UNICEF, 2005). A saber:

I. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño

Con fundamento en la declaración planteada en el párrafo anterior, se desarrolló esta estrategia, atrayendo la atención mundial hacia el impacto que tienen las prácticas de alimentación sobre el estado nutricional, crecimiento y desarrollo, salud y sobrevivencia de los lactantes y niños pequeños, creando un medioambiente que permita a las madres, familia y cuidadores tomar decisiones informadas en pro de prácticas de alimentación más óptimas (OMS, 2003).

II. Los Objetivos de desarrollo de milenio para mejorar la salud materna e infantil, incluida la equidad de género y la justicia reproductiva como necesidades subyacentes.

La cumbre del milenio de la ONU celebró en el año 2000 la reunión de 189 Jefes de Estado y de Gobierno para trabajar conjuntamente en la construcción de los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM), para cumplirse antes de 2015, a los que México se adhirió con el compromiso de reducir la mortalidad en niños menores de 5 años de edad (objetivo 4), reforzar la nutrición y, en especial, promover la LME durante los primeros 6 meses de vida, y la correcta alimentación complementaria hasta los 2 años de edad, lo que reduciría la desnutrición pero también la prevalencia de neumonía y diarrea (CENSIA, 2006).

II.1.2. Marco legal de la lactancia en México

La importancia de la LM en México ha estado plasmada legalmente desde hace muchos años, partiendo desde la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, en la que el artículo 123

contempla el otorgar tiempo para la lactancia a la madre trabajadora (dos períodos de media hora cada uno dentro de una jornada de 8 horas),³¹ y en concordancia, la *Ley General de Salud* en su capítulo 5, artículo 64, establece acciones de orientación y vigilancia que fomenten la lactancia materna (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2012)

Entre las líneas de acción destacan la creación de un marco jurídico que favorezca la lactancia en diversos aspectos. Este marco incluye a tres de las Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud (NOM-SSA), mismas que son las regulaciones técnicas que contienen la información, requisitos, especificaciones, procedimientos y metodología que permiten a las distintas dependencias gubernamentales establecer parámetros evaluables para evitar riesgos. A continuación, se describirán brevemente las normas relevantes al hablar de lactancia.

- J) *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*, la cual fomenta el alojamiento conjunto y la lactancia materna inmediata, así como la promoción de la LME.
- J) *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño*. Se recalca la importancia de la LM para la prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en niños menores de 6 meses de edad, así como mejores prácticas de ablactación a partir de los 4 a los 6 meses de edad.
- J) *Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para dar orientación*. En esta norma se recomienda la promoción de la LME durante los primeros 4 a 6 meses de vida. Se recomienda cuidar que el consumo de alimentos sea suficiente, ya que la práctica aumenta las demandas de energía y nutrimentos y se brinda orientación sobre las mejores prácticas, formas para estimular la secreción de la leche.

J) *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el Fomento, Protección Y Apoyo a la Lactancia Materna.* En esta norma se establecen los criterios y procedimientos para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna hasta los 2 años de edad, siendo alimento exclusivo durante los primeros seis meses de edad.

Por su parte, el *Acuerdo Nacional para la Salud Alimenticia* (publicado en 2010 con el propósito de reducir las prevalencias de sobrepeso y la obesidad) tiene entre sus objetivos promover y proteger la LME hasta los 6 meses de edad y, posteriormente, favorecer una alimentación complementaria adecuada, incluyendo la vigilancia de las prácticas de promoción y mercadeo de las fórmulas lácteas a madres de recién nacidos.

Además, para apoyar de manera más clara y comprometida la práctica de la lactancia se publicó en 2012 en el Diario Oficial de la Federación el *ACUERDO por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General.*

Dicho Acuerdo recalca la importancia de la capacitación a todo el personal de salud, así como informar a todas las madres embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia y la forma de ponerla en práctica, ayudándolas a iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al parto, al igual que el alojamiento conjunto (Consejo de Salubridad General, 2012).

II.2. Planteamiento del Problema.

Hoy en día, se estima que 1 de cada 5 muertes en el mundo ocurre en niños menores de 5 años de edad. Las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias y diarreicas, así como las relacionadas con su estado nutricional, pero existen factores que pueden prevenir estas causas de morbilidad y mortalidad exitosamente, entre los que destacan los hábitos saludables de alimentación y la LME. Ésta puede prevenir no sólo un gran número de enfermedades crónicas,

sino también enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias y diarreicas (OMS, 2003).

Los beneficios de la LME, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples estudios; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses.

Este problema es más evidente al hablar de madres vulnerables por la pobreza, quienes son susceptibles a diversos factores como la influencia social, la calidad de su conocimiento y el tipo de atención en los servicios de salud entre otros, y que a la postre resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos.

Es sabido que en el mundo, un porcentaje menor al 35% de los niños menores de 6 meses de edad son alimentados únicamente al seno materno, debido a diversos factores que no permiten que la LME se procure exitosamente. Entre ellos se encuentran la falta de apoyo a las madres en la casa, en el trabajo y en la comunidad, además de las molestias que esta práctica genera y el temor de la madre a la posibilidad de no producir suficiente leche para el bebé (OMS, 2003).

Cabe destacar que, algunos criterios señalan que la LME no es un comportamiento totalmente instintivo; ya que existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que ha perdido relevancia con el paso de los años a consecuencia de la aplicación de políticas “modernistas” en temas de salud infantil, que como consecuencia han ocasionado que la cultura del amamantamiento, ceda el paso gradualmente a una “moderna” promoción a la alimentación con biberón y el uso de fórmulas lácteas infantiles, lo que no solo impacta la práctica, sino que modifica los saberes populares de las culturas.

Ante estos escenarios, instituciones internacionales como el UNICEF y la OMS han optado por promover diversas acciones para formular el apoyo y la reorientación a las madres, con el fin de

asegurar la LME por los primeros 6 meses de vida y prevenir enfermedades y muertes en los menores de 5 años de edad (OMS, 2003).

Estudios diversos muestran diferentes tipos de intervenciones con resultados favorables en la práctica de la lactancia materna, pero se ha observado que, especialmente las intervenciones educativas tempranas pueden incrementar la posibilidad de iniciar la alimentación al seno materno y continuarla de manera exclusiva, y por otra parte, la mercadotecnia social en materia de salud permite, además de incrementar la conciencia sobre el tema, conocer a la audiencia, identificar los motivadores para ejercer el comportamiento deseado, y generar acciones específicas para su consecución.

II.3. Justificación.

La leche materna es primordial para los recién nacidos, tanto en sus primeras horas de vida como en los meses subsecuentes para perfeccionar y fortalecer su metabolismo y fomentar el crecimiento saludable. Su oferta temprana y exclusiva así como la demanda del recién nacido garantizan a la madre la estimulación necesaria para una óptima producción de leche durante los 6 meses que recomiendan diversos organismos internacionales. Dicha recomendación se fundamenta en la evidencia de su contribución a un buen crecimiento y desarrollo del sistema nervioso central, un mejor desarrollo psicomotor, así como al estímulo y fortalecimiento del sistema inmunológico del recién nacido, y otros múltiples beneficios para la madre.

Pese a la existencia de legislación internacional vigente y los esfuerzos por enfatizar la importancia de la LME, menos de 40% de los menores de 6 meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna (OMS) y en México, la situación no es diferente. El promedio de duración de LME es de 1.8 meses. Se estima que menos del 5% de las mujeres del país, lleva a cabo la recomendación oficial, sin incrementos en la última década (ENSANUT, 2012).

Las raíces de esa circunstancia son múltiples e incluyen entre otras la influencia social, normas culturales, problemas clínicos, tipo de servicios del centro de salud y la necesidad de mayor preparación de los profesionales de la salud. Además, no se debe perder de vista la creciente oferta de fórmulas lácteas infantiles o sustitutos de leche materna y la poca información que tienen las madres adolescentes para decidir con base en información, el ejercicio de la práctica de LME.

Es importante hacer hincapié en que el amamantamiento (lactancia) juega un rol importante en la salud pública de las sociedades del país al promover equidad, salud, y prevenir enfermedades en la madre y su hijo. Si bien es importante promover la iniciación de la lactancia, es aún más importante promover su exclusividad durante los primeros 6 meses después del nacimiento, que es cuando se observan los mayores beneficios a corto y largo plazo, pero además, es necesario promover la continuidad del proceso de lactancia a un periodo posterior a los seis meses, buscando el complemento nutricional mediante la oferta de alimentos blandos para el bebé. De no tomar medidas al respecto, se estarán limitando tanto el desarrollo de los recién nacidos como la obtención de los beneficios que otorga la práctica adecuada de la lactancia materna a las madres.

Por lo anterior, proyectos que promuevan la alimentación exclusiva al seno materno deben ser prioridad en diferentes niveles de atención pública, promoviendo con ello, un mejor inicio de la vida a los niños, independiente de las condiciones de vida de cada madre.

II.4.- Pregunta de Investigación

¿La valoración de la calidad del conocimiento sobre la lactancia materna en una muestra de madres de recién nacidos y niños menores de dos años, puede explicar de manera objetiva el saber popular acerca de la misma temática en una muestra complementaria de madres?

II.5.- Objetivos

II.5.1.- Objetivo General

Determinar la relación entre las características socioeconómicas y la calidad del conocimiento sobre lactancia materna, así como investigar las coincidencias y contrastes con el saber popular sobre la misma temática, en dos muestras de madres de recién nacidos y niños menores de dos años atendidas en el hospital regional “Rafael Pascasio Gamboa” del estado de Chiapas.

II.5.2.- Objetivos Específicos

1.- Caracterizar socioeconómicamente la muestra de madres de recién nacidos y niños menores de dos años en el hospital regional “Rafael Pascasio Gamboa” del estado de Chiapas, a través de información relativa a la ocupación, el nivel educativo, el ingreso económico, el estado civil, la procedencia y la edad.

2.- Determinar la calidad del conocimiento sobre lactancia materna en la muestra de madres de niños recién nacidos en el hospital regional “Rafael Pascasio Gamboa” del estado de Chiapas.

3.- Detallar la relación entre la caracterización socioeconómica y la calidad del conocimiento sobre lactancia materna en la muestra de madres de niños recién nacidos en el hospital regional “Rafael Pascasio Gamboa” del estado de Chiapas.

4.- Determinar el saber popular sobre lactancia materna en una muestra complementaria de madres de recién nacidos y niños menores de dos años atendidas en el hospital regional “Rafael Pascasio Gamboa” del estado de Chiapas.

5.- Distinguir la similitud entre la calidad de conocimiento sobre lactancia materna y el saber popular respecto a la misma temática y analizar su utilidad y pertinencia.

CAPÍTULO III. PROCEDIMIENTOS

III.1.- Categorías teóricas de la investigación.

III.1.1.- La Caracterización socioeconómica.

Es el conjunto de características biológicas, sociales y económicas que interactúan entre si dentro de una población; para fines del estudio se tendrá en cuenta las siguientes: ocupación, nivel educativo, ingreso económico, procedencia y edad.

Ocupación:

Es el tipo de relación que existe entre la persona ocupada y el conductor del centro de trabajo o entre este y los trabajadores. Una primera distinción básica es si se trabaja en forma dependiente o independiente. Entre las categorías de ocupación se tiene:

Trabajador Dependiente: Es la persona que desempeña una ocupación predominantemente intelectual; trabaja en una institución, organismo, empresa privada o estatal, por una remuneración quincenal o mensual por su trabajo en forma de sueldo, comisión, pago en especie. Ejemplo: Cobrador en una tienda comercial, un profesional que trabaja para una institución o empresa.

Obrero. Es la persona que desempeña una ocupación predominante manual; trabaja en una empresa o negocio privado o estatal, por una remuneración semanal, quincenal o diaria en forma de salario, comisión. Ejemplo: Obrero de fábrica de zapatillas, ayudante de albañil.

Trabajador Independiente: Es la persona que explota su propio negocio o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio, no tiene trabajadores remunerados a su cargo. Ejemplo: Pintor de carteles, vendedora ambulante de fruta.

Empleado o Patrón. Es la persona que explota su propia empresa o negocio o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio y tiene uno o más trabajadores remunerados a su cargo.

Trabajador familiar no remunerado. Es la persona que trabaja sin remuneración en una empresa o negocio familiar dirigida por un pariente que vive en el mismo hogar o fuera de él.

Trabajador (a) del hogar. Es la persona que presta sus servicios remunerados en una vivienda particular. Estos servicios están referidos a tareas específicas del hogar como: Lavandera, cocinera, ama de llaves, chofer.

Nivel educativo

Son las diferentes etapas del sistema educativo mexicano, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos; y son las siguientes:

Sin estudios. Es cuando la persona nunca asistió a un centro educativo. Incluye a los niños que el día del censo están estudiando educación inicial.

Educación preescolar. Comprende a la persona que recibió los estudios de kínder.

Primaria. De acuerdo al sistema educativo vigente, comprende de 1° al 6° grado.

Secundaria. De acuerdo al sistema educativo vigente, comprende del 1° al 3° año.

Educación media superior. Conforme al sistema vigente, es la educación que comprende del 1° al 3° año. Pueden ser Colegios de Bachilleres, Escuelas preparatorias, Bachillerato técnico, Colegios de Ciencias y Humanidades.

Educación Superior. Comprende estudios técnicos superiores (3 años) o de licenciatura (4 ó 5 años) y estudios de Posgrado.

Ingreso Económico

Comprende aquellos ingresos monetarios de trabajo por cuenta propia y los ingresos por auto consumo y auto suministro, por concepto de diversas actividades realizadas por más de una persona o miembros de un hogar.

Para estudiar el ingreso económico se tendrán en cuenta dos indicadores: ingreso total de la actividad principal *por actividad dependiente* e ingreso total en la actividad principal *por actividad independiente*.

Estado civil

Es la situación de la persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio o convivencia que existen en el país. El estado civil, es una característica de las personas, que se estudia en todo censo poblacional, por la importancia que tiene en la información y desaparición de la familia, la misma que es considerada como base fundamental en la que se sustenta la sociedad de un país. Comprende las categorías siguientes:

Unión libre. Es la persona que vive con su pareja sin haber contraído matrimonio civil o religioso.

Separado. Es la persona que está separado de su cónyuge y no vive en unión libre con alguien.

Casado. Es la persona que ha contraído matrimonio civil y/o religioso y vive con su cónyuge.

Viuvo. (de matrimonio). Es la persona que después del fallecimiento de su cónyuge, no se ha vuelto a casar ni vive en unión libre.

Divorciado. Es la persona que terminó su vínculo conyugal mediante una sentencia judicial y no se ha vuelto a casar ni vive en unión libre.

Soltero. Es la persona que nunca se ha casado ni vive en unión libre con su pareja.

Procedencia

Es la ubicación geográfica en donde las personas tienen una amplia gama de alternativas para optar por sistemas de vida, adquiriendo hábitos, actitudes, conductas; dentro de una zona urbana, urbano margina u rural.

Zona urbana. Es la parte del territorio región centro del estado de Chiapas, cuyas viviendas en número mínimo de 100, se hallan agrupadas contiguamente y está integrado por centro y poblados urbanos. La zona urbana está representada por los sectores: residencial, comercial, servicios, industrial, equipamientos y otros, que cuentan con título de propiedad.

Zona periurbana. Es el territorio que comprende parte de la zona urbana periférica, en donde se distribuyen muchas colonias en pobreza.

Zona rural. Es el territorio integrado por poblados o municipios identificados como zonas rurales, es decir, con características de uso de suelo, vegetación y condiciones de desarrollo diferenciadas a las de las zonas urbanas.

Edad

Se refiere al tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la actualidad. se establece una clasificación objetiva de grupos etáreos específicos: *adolescente*, comprendido entre las edades de 12 años hasta los 17 años; *joven*, comprendido desde los 18 hasta los 29 años; y *adulto (a)*, comprendida entre las edades 30 y 59 años.

III.1.2 Calidad de conocimiento sobre lactancia materna. Conceptos.

Calidad del conocimiento

El conocimiento de una persona se puede estimar o medir mediante el análisis de las respuestas que aquella emita en relación con un tema, conjunto de datos o información, o situaciones específicas. El conocimiento puede ser adquirido mediante la experiencia, aprendizaje,

comprensión teórica y prácticas sobre un objeto o una realidad presente. En un trabajo de investigación, se mide cuantitativa y cualitativamente, confeccionando y validando instrumentos (cuestionario), con el que se mide el conocimiento como adecuado o inadecuado.

Conocimiento y saber popular

Mario Bunge define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto; con base en ellos tipifica el conocimiento en: conocimiento científico y ordinario o vulgar. El primero lo indica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable través de la experiencia; y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación.

No obstante, es substancial no menospreciar el conocimiento que el saber popular produce, ya que surge de muy diversas experiencias de vida y formas de conocer el mundo que se producen fuera de los espacios formales de la educación, es decir, que son transmitidos o tienen su origen en los medios populares. Se trata de saberes que contribuyen al desarrollo de todas las potencialidades y dimensiones del ser humano (subjetivas, biopsicosociales, de edad o generacionales, de género, de etnia, de ética, de especialidad, de relación con lo sagrado, etc.).Y que, si bien se producen desde la experiencia individual de cada persona, sumadas en colectividades dan forma a distintas identidades.

Freire (2007), aseguraba que el rigor y la exactitud de la realidad no solo se construyen desde el conocimiento científico, sino que se elabora también del sentido común de las masas populares y del grado de percepción que los individuos tengan de esa realidad. Todos los saberes deben considerarse importantes para que no se refuerce la exclusión, sobre todo de aquellos que son construidos en la vida cotidiana de las clases populares. Por lo tanto, desde esa perspectiva es importante considerar que no existe un saber único, determinado, sino muchos saberes, y muy diversos.

De esta manera, en todas las áreas del saber, los individuos de las clases populares cultivan conocimientos y saberes informales que son transmitidos de padres a hijos, de generación en generación, y que son enriquecidos en ese tránsito: se trata, por ejemplo, de saberes sobre el uso de hierbas medicinales, explicaciones y predicciones de los fenómenos naturales, la atención en la gestación y alumbramiento de hijos, y los cuidados del recién nacido entre otros.

El paso inicial para la producción de saberes siempre ha sido la búsqueda de explicaciones para poder entender las formas de organización humana y los fenómenos de la naturaleza. En ese sentido es congruente aseverar que el conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega el entendimiento y concluye finalmente en la razón. Por ello se asevera que el conocimiento es una relación entre un sujeto y su objeto.

El proceso del conocimiento involucra 4 elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo). En ese sentido, en los siguientes párrafos se plantean los conocimientos científicos involucrados en el proceso de la lactancia materna así como de la anatomía y fisiología del pecho femenino, y del fenómeno de producción de calostro y leche materna; así también se definen algunos criterios asociadas a los beneficios individuales y familiares del amamantamiento de los infantes, y con ello se busca generar perspectivas sobre la calidad de conocimiento de las mujeres que representan la muestra poblacional del análisis

Conocimientos sobre lactancia materna

Es el conocimiento que adquiere la madre sobre la lactancia o el amamantamiento, como un proceso complejo cuyo principal objetivo es la supervivencia óptima del lactante. En la lactancia, existen dos elementos necesarios para cumplir el objetivo: la madre, que produce y ofrece la leche, y el lactante, que extrae la leche del pecho.

Durante ese proceso entran en juego estructuras anatómicas y acontecimientos fisiológicos, cuyo conocimiento es necesario para comprender los procesos y ayudar a la madre en la prevención

y solución de inconvenientes para inducir una lactancia exitosa, de lo contrario, la supervivencia óptima del lactante puede ponerse en riesgo; por lo que para todo ello es necesario el conocimiento de la anatomía, fisiología y psicología de la lactancia y maternidad, que son conocimientos fundamentales para comprender y desempeñar exitosamente la crianza del infante.

Estructura anatómica del seno o mama.

Anatómicamente la glándula mamaria tiene una disposición arborescente, o ramificada, en la que se distinguen los alvéolos y los conductos.

Los alvéolos, formados por células secretoras (productoras de leche) dispuestas en forma de sacos, están rodeados por células miopiteliales, que al contraerse eyectan la leche de la luz de los alvéolos hacia los conductos.

Un grupo de alvéolos constituye un lobulillo y varios lobulillos constituyen un lóbulo, que drenan la leche a través de igual número de conductos lactíferos o mamarios, que desembocan en el pezón, el cual es una pequeña estructura cilíndrica, rugosa, pigmentada, situada un poco por debajo del centro de la mama (Figura 1).

Alrededor del pezón hay un área circular pigmentada, de tamaño que es la areola, donde se distinguen los tubérculos de Montgomery, elevaciones de la piel, en la que se abren conductos de glándulas sebáceas y de pequeñas glándulas mamarias que lubrican, protegen y le dan un olor peculiar a la areola.

El color y el olor de la areola parecen ayudar al bebé a encontrar el pecho. En algunas mujeres la glándula mamaria puede extenderse hasta la zona axilar, lo que se denomina la cola de Spence.

El tejido adiposo da forma y tamaño a la mama, su proporción es variable de mujer a mujer (9 a 54%).

Fisiología del pezón.

Entender la función del pezón es clave para el correcto amamantamiento de los bebés; en reposo, los pezones son blandos y poco elevados.

Al estímulo táctil, se vuelven más prominentes y firmes, debido a la contracción de sus fibras musculares, lo que se denomina protractilidad.

Aunque el bebé forma una tetilla no sólo del pezón sino también del tejido blando circundante, la protractilidad del pezón facilita el acoplamiento de la boca del niño al pecho (“agarre”). Algunas mujeres tienen poca protractilidad del pezón, pero esta mejora con el transcurso del embarazo y con la lactancia.

Cuando el pezón en vez de sobresalir se retrae al estímulo (pezón plano o invertido). Puede haber alguna dificultad para la lactancia.

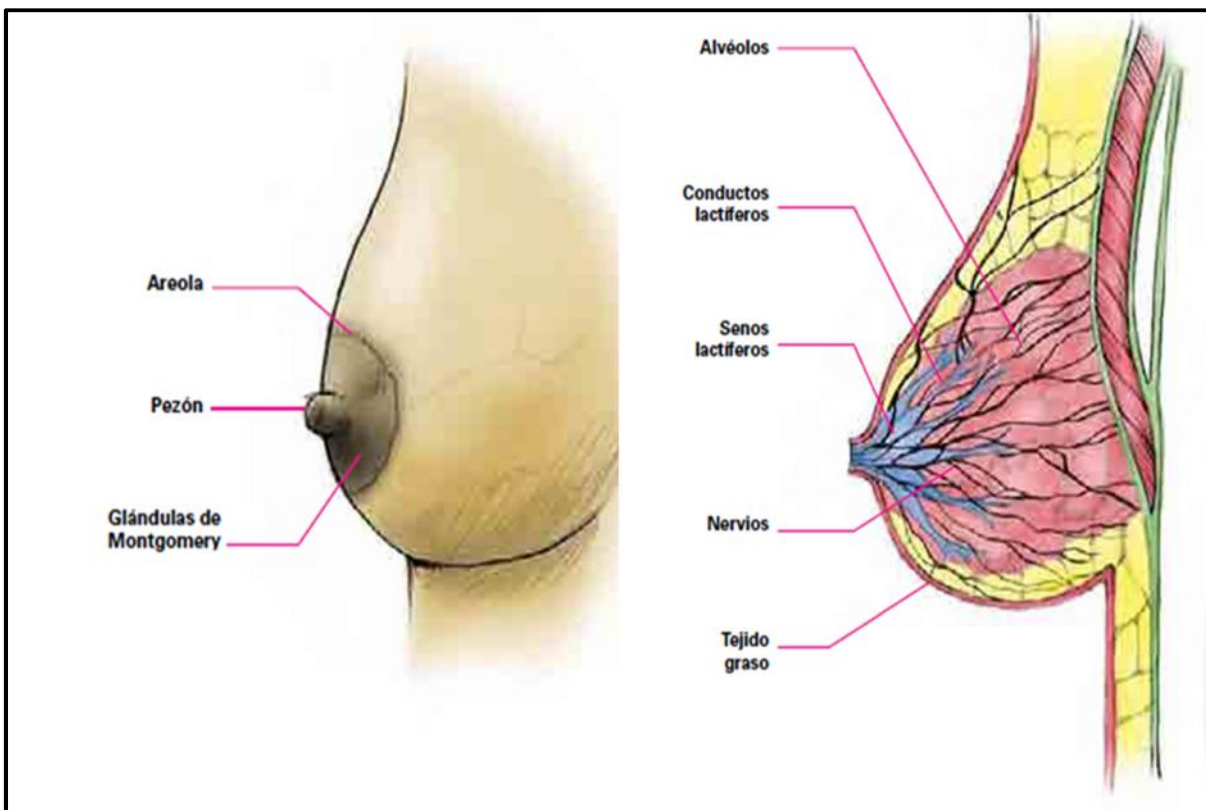


Figura 1.- Anatomía del seno o mamá femenina en donde se observan las diferentes capas de tejido.

Desarrollo de la glándula mamaria

Se inicia a la 4^o semana de vida embrionaria, con la aparición de los surcos mamarios, luego, se forman las yemas primarias que constituirán las glándulas mamarias, múltiples en un inicio y ubicadas bilateralmente en la línea mamaria, desde la axila hasta la región pubiana. Luego involucionan todas, menos las que constituirán las glándulas definitivas. La falta de involución de otras yemas iniciales dará lugar a las mamas supernumerarias o politelia.

A partir de allí habrá un crecimiento celular, el desarrollo de yemas secundarias y la diferenciación de las distintas estructuras anatómicas. A las 28 semanas de edad gestional, las hormonas placentarias inducen la canalización de los conductos. Se forman la areola y el pezón como una elevación, que cuando se produce, da lugar al pezón invertido. A las 32 semanas es posible observar calostro en los alvéolos.

El recién nacido puede tener glándulas mamarias aumentadas de volumen que, a veces, producen leche (galactorrea) debido al efecto hormonal del embarazo, lo que se revierte espontáneamente en 3 o 4 semanas. En la pubertad y en la vida adulta aumenta el crecimiento y desarrollo glandular, pero es en la gestación cuando se dan los mayores cambios: crecimiento de la mama con proliferación de conductos, alvéolos, aumentos de tamaño, pigmentación de la areola y del pezón. La glándula mamaria de la mujer gestante es capaz de producir leche desde las 12 – 16 semanas de gestación, pero no se secreta en gran cantidad por que las hormonas, principalmente los estrógenos, el lactógeno placentario y la progesterona, los cambios hormonales y la succión del bebé, inician el estímulo para aumentar el volumen de leche.

Leche materna.

Es el alimento natural para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño, siendo la succión un factor primordial para una adecuada producción de la misma.

La lactancia materna.

Es el acto ideal para el crecimiento y desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reductivo con repercusiones importantes en la salud de las madres.

La recomendación de las políticas mundiales en salud pública es que durante los seis (6) primeros meses de vida de los lactantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna, para lograr el crecimiento, desarrollo y salud óptimos.

A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus necesidades nutricionales en evolución, los lactantes recibirán alimentos complementarios adecuados e inoctrinos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los veinticuatro (24) meses de edad.

Producción de la leche materna.

La primera etapa de producción de leche está bajo un control endocrino. Las hormonas: prolactina y oxitocina son importantes para ayudar a la producción y al flujo de leche.

Prolactina

Tras haberse producido el parto, la expulsión de la placenta determina un descenso brusco de las hormonas placentarias, permitiendo la acción de la prolactina que, por estímulo de la succión del pecho, se libera del lóbulo anterior de la hipófisis, en forma pulsátil. La prolactina funciona después que el bebé ha lactado, para producir leche para la siguiente sesión de amamantamiento.

La prolactina actúa uniéndose a receptores específicos en la glándula mamaria. Esos receptores aumentan durante la lactancia precoz y frecuente, y luego permanecen estables. Parece haber una precoz “ventana de oportunidad” para que la succión del pecho estimule los receptores de prolactina.

La acción de la prolactina provoca el aumento rápido de la producción de leche. La multíparas tendrían una mayor cantidad de receptores que las primíparas, lo que explicaría el aumento más rápido de la leche en ellas, a pesar de tener menores niveles de prolactina: además, la prolactina:

-) Produce relajación haciendo que la mujer que da de lactar se sienta calmada y soñolienta.
-) Demora el retorno de la ovulación, haciendo de la lactancia un método de espaciamiento de embarazos.
-) Está presente en la leche, donde tendría un rol en el establecimiento y mantenimiento de la lactancia y en el intercambio intestinal de líquidos y electrolitos del lactante.

Oxitocina

En respuesta a la succión del pecho materno, la hipófisis posterior libera oxitocina al torrente sanguíneo produciendo la contracción de las células mioepiteliales de los alvéolos mamarios y el vaciamiento de estos. Este proceso se llama el reflejo de oxitocina o reflejo de eyección de la leche o de bajada. Es esencial para que el bebé obtenga leche. Puede ocurrir varias veces durante un amamantamiento.

El reflejo de eyección, o de oxitocina, puede desencadenarse al ver, oír, tocar y aún al pensar en el bebé, sin mediar el estímulo del pezón o de la areola. La liberación de oxitocina puede inhibirse temporalmente por el miedo y otros sentimientos negativos de la madre, como dolor intenso, estrés, dudas, vergüenza o ansiedad. La nicotina y el alcohol pueden inhibir el reflejo. La forma como se habla a una madre puede ayudar u obstaculizar el flujo de leche. Si se hace que ella se preocupe por su producción de leche, esta preocupación puede afectar la liberación de oxitocina.

Factor inhibidor de lactancia

Si la madre no amamanta durante más o menos 48 horas, la secreción láctea se detiene debido a un control autocrino, es decir que depende del vaciamiento del pecho. Esto es porque la leche

contiene una proteína que funciona como factor inhibidor de la lactancia ya que es capaz de disminuir la producción de leche. Si no se extrae la leche y el pecho queda lleno, el inhibidor reduce la producción de leche. Si se extrae la leche del pecho, los niveles de inhibidor caen y la producción de leche aumenta. Por consiguiente, la cantidad de leche producida depende de cuanta leche se extrae.

La secreción abundante de leche generalmente se inicia al 2º o 3er día postparto, lo que se conoce como la “bajada” de la leche. Algunas mujeres no experimentan esta “bajada” al 3er día postparto, pese a una adecuada succión del pecho, lo que podría deberse a factores externos tales como los efectos de una cesárea, del estrés, o entre otros, la analgesia obstétrica, diabetes tipo I, obesidad, ovarios poliquísticos, retención de placenta, y quistes luteínicostecales).

Composición de la leche materna

La leche materna se forma en la propia glándula mamaria utilizando los componentes ahí presentes y los nutrientes maternos necesarios. Los principales componentes de la leche materna son sintetizados y secretados por la glándula mamaria.

La composición de la leche humana no es uniforme, porque cambia según las necesidades del lactante. Cambia durante el amamantamiento, entre una sesión y otra, en el transcurso del día, de un día a otro y mes a mes.

También tiene variaciones individuales. Sin embargo, estos cambios se dan entre ciertos límites, por lo que se puede decir que su composición es estable dentro de la especie.

La leche materna contiene: agua en un 87.6%, proteínas a una concentración de 0.9 g/dl, lactoferrina, taurina, enzimas (lactasa y amilasa), nitrógeno no proteico a una concentración de 18 a 30%, nucleótidos, grasas entre 3 y 5 g/dl, colesterol de 10-20mg/dl, carbohidratos 7 g/dl, vitaminas A, C, complejo B y vitamina D, minerales como hierro, calcio en pequeñas cantidades 20-34mg/dl, fósforo.

Cambios en la composición de la leche materna. El calostro.

Se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso, de alta densidad y poco volumen.

En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por amamantamiento, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

El calostro contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura.

No obstante, contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc.

El calostro es perfecto para las necesidades específicas del recién nacido toda vez que:

- ✓ El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríplico funcional, succión –deglución –respiración.
- ✓ Facilita la eliminación de meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- ✓ El volumen del calostro y la osmolaridad son adecuados a la madurez del neonato; los riñones inmaduros no pueden manejar grandes volúmenes de líquido ni soluciones muy concentradas.
- ✓ Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- ✓ Facilita la reproducción de lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
- ✓ Los antioxidantes y las quinonas protegen al niño del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- ✓ El calostro, como la leche que se sucede, actúan como moderadores del desarrollo del recién nacido.

Variantes en la leche materna

La leche materna sufre variaciones en el transcurso de los días post- parto, como es la leche de transición, que se produce entre el 4° y el 15° día postparto. Entre el 4° y el 6° día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un notable, aproximadamente 600 a 700 ml/día, entre los 15 a 30 días postparto. La leche madura, tiene una gran variedad de elementos, que sólo algunos son conocidos.

La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, a distintas horas del día, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. La leche pre término, que se presenta antes del término de la gestación, contiene mayor cantidad de proteína y sodio. Esta leche se caracteriza también por una mayor variabilidad en la concentración de macronutrientes, especialmente grasa y proteínas entre las madres.

Importancia de la lactancia materna

El contacto que se establece en la lactancia materna, fortalece el vínculo entre la madre y el niño, ya que es un momento íntimo, emotivo. Esta relación hace que la madre se interese más en su hijo, lo conozca mejor, lo descubra y cuide. Si la madre brinda lactancia materna desde que el niño nace no tendrá problemas por la falta o cantidad insuficiente de producción de leche, en tanto la madre no presentará temor porque ella sabrá que, a mayor succión mayor producción de leche.

La lactancia materna brinda al niño protección inmunológica, el calostro y la leche madura contienen: agua, leucocitos, lisosoma, que son sustancias activas que protegerán al niño de alergias e infecciones.

Es importante que la madre conozca los beneficios que brinda el permanecer con sus niños desde el nacimiento en todo momento (día y noche) porque responderá a las necesidades que su

niño demande, podrá darle calor y alimentarlo cuando ella quiera, no existe ningún peligro que el neonato duerma en la misma cama de la madre, así se previene problemas en la lactancia materna exclusiva.

Importancia de la leche materna:

Proporciona a los niños la nutrición ideal para cubrir las necesidades cambiantes del lactante para su crecimiento y desarrollo.

Protege contra muchas infecciones como otitis media, infecciones respiratorias, diarrea, caries dental, infección urinaria, sepsis neonatal y enterocolitis necrotizante.

Más recientemente se ha reconocido que esta protección frente a infecciones dura varios años. Esto se comprobó para otitis media, infecciones respiratorias, diarrea, bronquiolitis e infecciones por el *Haemophilus influenzae*

Puede evitar muertes infantiles. Si todo bebé fuera amamantado exclusivamente hasta los 6 meses, se salvaría en el mundo un estimado de 1.3 millones adicionales de vidas cada año y más millones de vidas mejorarían.

Programa los sistemas corporales que pueden ayudar a la regularización y reducción del riesgo de obesidad y ciertas enfermedades cardiovasculares en la vida posterior, además reduce el riesgo de alergias y de condiciones tales como la diabetes juvenil y disminuye la posibilidad de leucemia y linfoma en la niñez.

Los niños que no son amamantados tienen más probabilidad de enfermar o morir de infecciones como diarrea, infecciones gastrointestinales, infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario, enterocolitis necrotizante en prematuros, pesar menos y no crecer bien.

Si viven en condición de pobreza y no existen las condiciones para preparar adecuadamente la alimentación de reemplazo, pueden tener sobrepeso, obesidad, si viven en situación próspera,

tener diabetes mellitus juvenil insulino-dependiente, presión arterial más alta, y problemas cardiacos posteriores, eczema y otras condiciones atópicas, mayor riesgo de muerte súbita en la lactancia, mayor incidencia de caries y mal oclusión, menor desempeño en el desarrollo intelectual y logros educativos reduciendo así su potencial.

Riesgos de no amamantar

Al no amamantar se pone en riesgo a los bebés, a las madres, las familias y las comunidades. Los riesgos de no amamantar son:

-) La falta de elementos protectores de la leche materna.
-) La ausencia de cantidad, balance óptimo y cantidad de nutrientes.
-) Los peligros de uso de los sustitutos de la leche materna. Estos peligros pueden incluir:
 -) La fórmula puede estar contaminada o contener ingredientes no seguros.
 -) El agua usada para lavar los biberones o para mezclar la fórmula infantil puede estar contaminada
 -) Errores en la mezcla de la fórmula, mayor o menor concentración, puede causar enfermedad.
 -) Puede darse fórmula para calmar al bebé cada vez que llora, lo que puede conducir a sobrepeso.
 -) Puede darse agua y té, en vez de fórmula, lo que resulta en menor consumo de leche y menor ganancia de peso.
 -) Algunos de los riesgos de usar sustitutos de la leche materna pueden reducirse, teniendo cuidado con el proceso de preparación, pero se mantiene los riesgos por la diferencia en los componentes.

Propensión en las mujeres que no dan de lactar:

Desarrollar anemia debida a baja contracción del útero después del parto y retorno temprano de la menstruación.

-) Retener la grasa depositada durante la gestación.
-) Salir embarazada pronto después del nacimiento del bebé.
-) Desarrollar cáncer de mama y algunas formas de cáncer ovárico.
-) Tener fracturas de cadera a edad avanzada.
-) Tener menos oportunidades de estar cerca a su bebé.

Las familias también son afectadas cuando un bebé no es amamantado.

-) La compra de la fórmula infantil crea gastos innecesarios y significa menos alimento para los otros miembros, necesidad de tiempo extra para dar esos alimentos y de mantener los utensilios limpios.
-) Tienen aumento de enfermedades, por lo tanto, usan los servicios de salud y aumentan los costos de los cuidados de la salud.
-) Los costos del hospital son más altos por personal y equipos para tratar los problemas de salud.
-) Puede haber pérdida de los ingresos por la ausencia de un padre del trabajo para cuidar a un niño enfermo.
-) Preocupación por la escasez de fórmula infantil o por un bebé enfermo.
-) Los frecuentes embarazos pueden ser una carga para la familia y la Sociedad.

Beneficios del amamantamiento para la madre

-) Es un momento muy placentero y gratificante para la madre y el bebé.

-) Las madres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo con más facilidad.
-) Favorece la involución uterina tras el parto (ayuda a que el útero, que ha crecido tanto durante el embarazo, vuelva a su tamaño normal).
-) Fortalece el vínculo emocional madre-hijo.
-) Existe menor riesgo de anemia, depresión e hipertensión después del parto.
-) Las madres que dan de lactar tienen menos incidencia de cáncer de mama y ovario.
-) Protege contra la osteoporosis, disminuye el stress, mejora la autoestima, favorece la supresión de la fertilidad, evita la congestión mamaria y estimula la producción de leche.

Beneficios del amamantamiento para el niño

-) Tiene la composición ideal para el bebé y se adapta, variando la proporción de nutrimentos, ya que conforme el niño crece también cambia dicha proporción durante el día y es distinta al principio y al final de la toma.
-) Es rica en hierro que se absorbe mejor que el de la leche artificial y su proporción de calcio/fósforo es más adecuada.
-) El bebé la digiere muy bien, prácticamente sin problemas.
-) Los bebés que toman pecho padecen menos estreñimiento.
-) Protege al niño de infecciones (bronquitis, gastroenteritis, otitis, meningitis) porque la leche materna es rica en inmunoglobulinas defensas que la madre pasa al bebe.
-) Protege de la muerte súbita del lactante.
-) Protege de enfermedades futuras asma, alergia, obesidad, diabetes, ulcerosa, arterioesclerosis e infarto de miocardio.
-) Favorece el desarrollo intelectual y de la visión.
-) Tienen un mejor desarrollo cerebral.

J Favorece el desarrollo de los huesos.

Pasos para una lactancia materna exitosa

Los diez pasos para una feliz lactancia natural han sido elaborados por la OMS y el UNICEF para asegurar que los servicios de maternidad ofrezcan a todos los niños un buen punto de partida y faciliten a las madres el apoyo necesario para dar el pecho. Hoy en día, esta lista de comprobación ya se está utilizando en los hospitales de más de 150 países.

Los diez pasos que deben seguir los establecimientos de salud para promover una buena lactancia consisten en:

- 1) Disponer de la política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
- 2) Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- 3) Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- 4) Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora sobre el parto.
- 5) Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso se han de separarse de sus hijos.
- 6) No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
- 7) Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las horas del día.
- 8) Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
- 9) No dar a los niños alimentados a los pechos chupadores o chupetes artificiales.
- 10) Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Lactancia materna en mujeres que trabajan fuera del hogar.

El éxito de la lactancia de la madre que trabaja fuera del hogar, depende del grado de motivación de la madre, del apoyo del empleador, de los compañeros de trabajo, de su familia y de la legislación laboral al respecto.

La lactancia materna es un proceso fisiológico humano que tiene beneficios para toda la sociedad, por lo cual la sociedad en pleno debe promover, proteger y apoyar la lactancia y una de las maneras de hacerlo, es la implementación de leyes que favorezcan a la madre que trabaja fuera del hogar.

-) Amamantar exclusiva y frecuentemente durante el permiso de maternidad.
-) Continuar la lactancia cuando la madre y el bebé estén juntos en las noches, temprano en la mañana y en los días libres.
-) No empezar otros alimentos antes que se necesiten unos días antes de regresar al trabajo es suficiente (no es necesario que se vaya acostumbrando).
-) Aprender a extraer leche, desde 2 semanas antes de retornar al trabajo, para adquirir práctica, con el fin de dejársela al cuidador para que se la dé al bebé.
-) Extraer leche en el trabajo cada 3 horas aproximadamente, si es posible. Esto mantiene la producción de leche y los pechos más cómodos.
-) Enseñar al cuidador a dar los alimentos en forma segura y cariñosa, con taza y no con biberón, de modo que el bebé quiera succionar el pecho cuando la madre esté en casa.
-) Tener contacto y ayuda de otras madres que están trabajando y amamantando.
-) Retribuir el apoyo que le dan en el trabajo, demostrando eficiencia y alegría.

Extracción manual de la leche materna

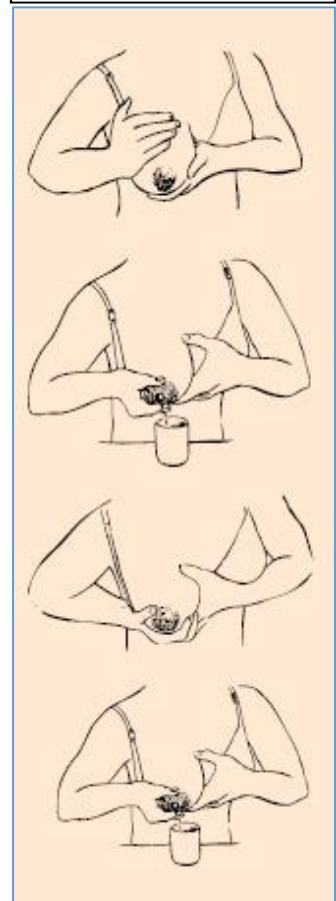
Previamente a la extracción, deben considerarse las medidas higiénicas:

-) Lavado de manos con agua y jabón, incluyendo corte y limpieza de uñas.
-) Lavado del recipiente colector, con agua jabonosa caliente y enjuague con agua hirviendo.
-) El envase debe ser de boca ancha y con tapa.
-) No es necesaria la limpieza previa de los pezones, a excepción del baño diario. Tampoco es necesario descartar las primeras gotas de leche.
-) Recomendar a la madre no hablar, durante la extracción, y trocar solo el recipiente (por fuera) y los pechos.

Tiempo de la extracción de la leche

-) Si es para obtener calostro para su bebé que no puede succionar, debe extraer durante 5-10 minutos para conseguir una cucharadita de calostro.
-) Pueden salir sólo unas gotas, pero estas son preciosas para el bebé.
-) El estómago del bebé es muy pequeño y lo que necesita son pequeñas cantidades de calostro frecuentemente, cada 1-2 horas.
-) Una manera práctica de recoger el calostro es en una jeringa, directamente del pezón.
-) Si es para aumentar la producción de leche, debe extraer durante cerca de 20 minutos, por lo menos 6 o más veces en 24 horas incluyendo al menos una vez en la noche, de modo que el tiempo total de extracción sea mínimo 100 minutos en 24 horas.

Figura 2.- Técnica de extracción manual de leche



- J Si sólo quiere ablandar la areola para ayudar al bebé a agarrarse al pecho, puede necesitar comprimir sólo 3 o 4 veces (Figura 2).
- J Si es para destapar un conducto obstruido, debe comprimir y dar masaje hasta que la masa desaparezca. A veces es necesario repetir el procedimiento en varias ocasiones, para que se resuelva la obstrucción.
- J Si es para dar la leche a su bebé cuando ella esté en el trabajo, debe determinar el tiempo de extracción según el flujo de leche y la cantidad necesaria para satisfacer las necesidades del bebé. Algunas madres pueden conseguir la cantidad de leche que necesitan en 15 minutos y para otras puede tomar 30 minutos.
- J Una madre puede extraer de un pecho mientras alimenta al bebé del otro pecho.

Técnicas de la lactancia materna

El éxito de la lactancia depende, en gran parte, de una técnica correcta de amamantamiento, ya que muchas veces se producen problemas por poner al bebé en forma inadecuada al pecho.

La alimentación es a libre demanda y su frecuencia es variable de un bebé a otro, se ha observado una mediana de 8 mamadas en 24 horas en los bebés con lactancia materna exclusiva (6 en el día y 2 en la noche). El vaciamiento gástrico es más rápido en los bebés amamantados que en los que toman fórmula. Una manera de prevenir estos problemas es permitir el agarre espontáneo del bebé al pecho durante el contacto piel a piel inmediatamente después del parto.

Muchas madres pueden necesitar ayuda del personal de salud en las siguientes mamadas, sobre todo si son primerizas, presentan molestias o están adoloridas. Una vez que se ha conseguido una posición y un agarre adecuados, la lactancia mejorará.

Signos de buen agarre

- J El mentón toca el pecho (o casi lo toca)

-) La boca bien abierta
-) El labio inferior hacia afuera
-) Se ve más areola por arriba que por debajo de la boca

Signos de mal agarre

-) El mentón lejos del pecho
-) La boca no está bien abierta
-) El labio inferior dirigido hacia adelante o doblado hacia adentro.

Signos de succión eficaz

-) Succiones lentas y profundas y sonidos de deglución
-) Mejillas llenas y no hundidas
-) El bebé mama tranquilamente
-) El bebé termina de mamar por sí mismo y luce satisfecho
-) La madre no siente dolor

Signos de hambre

El momento de alimentar al bebé es cuando muestre signos evidentes de hambre:

-) Abre la boca, saca la lengua y voltea la cabeza buscando el pecho.
-) Succiona o muerde sus manos u otro objeto que hace contacto con la boca.
-) Emite sonidos de succión, quejidos suaves o suspiros.
-) Realiza movimientos rápidos de los ojos, bajo los párpados, o abre los ojos.
-) Se muestra intranquilo.
-) El llanto es un signo tardío de hambre y puede interferir con la lactancia.

Algunos bebés son muy calmados y esperan a que los alimenten o vuelven a dormirse si no se les amamanta. Esto puede resultar en sub-alimentación. Otros bebés despiertan rápidamente y se enojan mucho si no son alimentados inmediatamente. Es necesario aprender a reconocer el temperamento del bebé y aprender cómo satisfacer mejor las necesidades de éste.

Signos de saciedad

Al dar inicio el amamantamiento, la mayoría de los bebés tiene el cuerpo tenso y los puños cerrados. Conforme se llenan, se relajan, abren sus puños y se ponen somnolientos perdiendo interés por el pecho.

La mayoría de bebés sueltan el pecho cuando han mamado lo suficiente, aunque algunos continúan con succiones pequeñas hasta que se quedan dormidos.

La madre debe dejar a su bebé terminar un pecho antes de ofrecerle el otro para que lacte la leche final, rica en grasa, y para aumentar la producción de leche.

Posiciones para la lactancia materna.

La madre se debe sentar de tal manera que esté tranquila, cómoda y que pueda estar relajada.

Posición de la Madre:

Existen muchas posiciones que una madre puede usar – por ejemplo, sentada en el suelo o en una silla, echada, de pie o caminando. La madre debe estar cómoda:

Con la espalda apoyada, si está sentada o acostada. Con los pies apoyados, si está sentada, de modo que no cuelguen o estén incómodos. Sosteniendo el pecho, si es necesario.

Posición del Bebé:

Posición, significa la manera en que la madre sostiene al bebé para ayudarlo a agarrarse bien al pecho. Agarre, que se refiere al acoplamiento de la boca del bebé al pecho. Si el bebé tiene un

buen agarre, y está succionando eficazmente, no interfiera con la manera cómo está lactando. El bebé puede estar también en diferentes posiciones, tales como a lo largo del brazo de la madre, debajo del brazo de ella o a lo largo de su costado (paralelo).

Cualquiera que sea la posición, se usan los mismos 4 puntos clave para ayudar al bebé a estar cómodo. El cuerpo del bebé necesita estar: alineado, con el oído, el hombro y la cadera en una línea recta, de modo que el cuello no esté torcido ni flexionado hacia delante

Muy cerca al cuerpo de la madre, de modo que el bebé sea aproximado al pecho y no el pecho acercado al bebé con la cabeza y los hombros sostenidos y, si es recién nacido, todo el cuerpo sostenido o apoyado.

Frente al pecho, con la nariz del bebé apuntando hacia el pezón cuando se aproxima al pecho (el labio superior del bebé debe estar por debajo del pezón). El abdomen del bebé está en contacto con el de la mamá (ombligo con ombligo).

La madre debe agarrar el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada de 45°.

La madre debe acercar el niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón. Se debe estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, se debe introducir el pezón y la areola.

Si se resiste, jale suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión. Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la lactancia materna.

Si adopta la posición incorrecta se debe retirar del seno e intentar de nuevo.

Posición recostada de costado

El cuerpo del bebé está a lo largo y frente al de la madre. Se debe tener cuidado de que la nariz del bebé esté a la altura del pezón de la madre y que el bebé no necesite flexionar el cuello para alcanzar el pecho.

Esta posición ayuda a la madre a descansar y resulta cómoda después de una cesárea. La madre puede ponerse almohadas en la espalda o entre las piernas.



Posición de cuna (clásica)

Se sostiene al bebé sobre el antebrazo del mismo lado que el pecho del que va a mamar; la madre sostiene el pecho con la mano opuesta.

El brazo inferior del bebé abrazando a la madre por el costado, no entre el pecho del bebé y la madre. Se deberá tener cuidado de que la cabeza del bebé no esté tan lejos en la curva del brazo de la madre, que jale el pecho hacia un lado haciendo difícil mantenerse agarrado al pecho.

La madre estará más cómoda si eleva al bebé con almohadas, que soporten el peso del bebé, o si ella coloca los pies en un taburete y cruza la pierna.

Es la posición más usada después de los primeros días de haber nacido.



Posición cruzada (o de cuna cruzada o inversa)

Se sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado opuesto al pecho que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya sobre el antebrazo. La madre sostiene el pecho con la mano del mismo lado. La madre tiene buen control de la cabeza y del cuerpo del bebé de modo que puede ser útil también cuando está aprendiendo a amamantar.

Posición bajo el brazo.

Se sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado del pecho del que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya sobre una almohada y queda debajo del brazo del mismo lado que va a mamar.



Enfermedad Materna y Lactancia

Infección por VIH; Existe un riesgo de transmisión al bebé durante el embarazo y el parto, así como durante la lactancia materna. Aproximadamente 5-15% de bebés (1 en 20 a 1 en 7) nacidos de mujeres infectadas por el VIH se volverán VIH positivos a través de la lactancia.

Para reducir este riesgo, se debe evitar por completo la lactancia materna. En algunos países, el riesgo de enfermedad y muerte por la lactancia artificial es más alto que el riesgo de transmisión del VIH por la lactancia porque la alimentación artificial no es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, (AFASS). Allí, la OMS recomienda dar lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida y suspenderla tan pronto se alcancen las condiciones especificadas.

Otras alternativas son dar la leche extraída de la madre, tratada con calor, o la leche extraída de otra mujer, ya sea a través de un banco de leche o, informalmente, de una mujer VIH-negativa.

Infecciones maternas en las que se suspende la lactancia (temporalmente en ciertas condiciones)

Virus Herpes simple tipo 1 (HSV-1): Las mujeres con lesiones de herpes en los pechos deben evitar amamantar hasta que las lesiones activas se hayan resuelto. Si no hay lesiones en el pecho, se debe continuar con la lactancia evitando el contacto con las lesiones.

Varicela -zoster: Si la madre tuvo la varicela en los 5 días anteriores al parto (no ha habido tiempo para el pasaje suficiente de anticuerpos), se debe administrar inmunoglobulina específica al recién nacido e iniciar la lactancia. Si no se dispone de inmunoglobulina y el bebé no presenta lesiones, se debe suspender la lactancia hasta que la madre ya no contagie. Mientras tanto, el bebé puede recibir la leche extraída. Si la madre tuvo varicela más de 5 días antes del parto, puede dar de lactar ya que le ha transferido anticuerpos al recién nacido a través de la placenta. En caso el recién nacido presente lesiones de varicela, no se debe suspender la lactancia.

Brucelosis. Puede transmitirse a través de la leche. El amamantamiento debe iniciarse 48-72 horas después de iniciar el tratamiento de la madre. Antes, puede darse al bebé la leche extraída tratada con calor.

III.2. Definiciones Operacionales de las Variables

Variable Independiente

Características socioeconómicas y demográficas:

1.- Características sociales: Conjunto de normas, leyes, principios que determinan o influyen en el proceder o comportamiento de las madres de niños menores de 2 años, atendidas en el puesto de salud del Hospital Rafael Pascasio Gamboa en Tuxtla Gutiérrez. Se propusieron las siguientes subvariables:

a. Ocupación. Es el tipo trabajo que realiza la madre de forma independiente o dependiente en el momento del estudio. Se consideraron dos índices:

) Trabajo independiente. Cuando la madre realiza un trabajo familiar no remunerado o trabajo en el hogar, en el momento de aplicar el instrumento.

) Trabajo dependiente. Cuando la madre es empleada, u obrera, de una institución del estado o privada, en el momento de aplicar el instrumento.

b. Nivel educativo. Es el nivel educativo que posee la madre, en el momento de la recolección de los datos. Se dividió en cinco índices:

) Sin Nivel. Cuando la madre refiere que nunca asistió a un centro educativo.

) Educación preescolar. Cuando la madre refiere que sólo culminó los estudios de preescolar.

) Primaria. Cuando la madre refiere haber cursado del 1° al 6° Grado.

) Secundaria. Cuando la madre, refiere haber cursado del 1° al 3° año.

- J Educación Media Superior. Cuando la madre refiere haber cursado años o semestres.
 - J Licenciatura. Cuando la madre, refirió haber cursado estudios universitarios o superiores en un periodo no menor de 4 años.
- c. Ingreso económico. Se refiere aquellos ingresos monetarios de trabajo por cuenta propia, por concepto de diversas actividades que obtiene la madre, evidenciada en el momento del estudio. Contó con dos índices:
- J Ingreso total por actividad dependiente. Cuando la madre percibe un ingreso económico familiar mayor de 200.00 pesos.
 - J Ingreso total por actividad independiente. Cuando la madre percibe un ingreso económico familiar igual o menor de 200.00 pesos.
- d. Estado civil. Es la cuestión de la madre en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio o convivencia que existen en el país, en el momento del estudio. Contó con seis índices:
- J Unión libre. Cuando la madre vive con su pareja sin haber contraído matrimonio civil o religioso.
 - J Separada. Cuando la madre refirió que está separada de su cónyuge y no vive en unión libre con alguien más.
 - J Casada. Cuando la madre refirió que ha contraído matrimonio civil y/o religioso y vive con su cónyuge.
 - J Viuda. Cuando la madre refirió que después del fallecimiento de su cónyuge, no se ha vuelto a casar ni vive en unión libre con alguien más.
 - J Divorciada. Cuando la madre refirió haber terminado su vínculo conyugal por sentencia judicial y no se ha vuelto a casar ni vive en unión libre con alguien más.

) Soltera. Cuando la madre refirió que nunca se ha casado ni ha vivido, ni vive en unión libre con alguien más.

2.- Características Demográficas. Es el conjunto de características que se desarrollan a través del tiempo en madres de niños menores de 2 años atendidas en el puesto de salud del Hospital Rafael Pascasio Gamboa de Tuxtla Gutiérrez. Contó de las sub variables siguientes:

a. Edad. Es el tiempo de vida de la madre, desde que nació, hasta el momento del estudio. Contó con tres índices.

) Adolescente. Cuando la edad de la madre se encuentra comprendida entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días, en el momento del estudio.

) Joven. Cuando la edad de la madre se encuentra comprendida entre los 18 a 29 años, 11 meses y 29 días, en el momento del estudio.

) Adulta. Cuando la edad de la madre se encuentra comprendida entre los 30 a 59 años, 11 meses y 29 días, en el momento del estudio.

b. Procedencia. Es el lugar de donde proviene la madre en el momento del estudio. Contó con tres índices:

) Urbano. Cuando la madre procede del casco urbano, según mapa de zonificación de Tuxtla Gutiérrez.

) Periurbano. Cuando la madre procede de las zonas territoriales comprendidas entre el área urbano de pobreza.

) Rural. Cuando la madre procede de centros poblados rurales: caseríos, comunidades indígenas, unidad agropecuaria y campamento minero, según región centro.

Variable dependiente

Calidad de conocimiento sobre lactancia materna. Constituye la variable dependiente, definida como la información básica que poseen las madres de recién nacidos y niños menores de 2 años, atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”, sobre lactancia materna: entre ello se consideran aspectos de la estructura anatómica de la mama, fisiología del pezón, desarrollo de las glándulas mamarias, producción de la leche materna, composición de la lactancia materna, cambios en la composición de la leche materna, importancia de la leche materna, riesgo de no amamantar, inicio de la lactancia materna, beneficio de la lactancia materna, pasos para la lactancia materna exitosa, técnicas de la lactancia materna, posición de la lactancia materna, enfermedad materna y lactancia. Se consideraron dos índices:

- ✓ Calidad de Conocimiento Adecuado: Cuando la madre obtuvo entre el 70% al 100% de las respuestas correctas sobre lactancia materna, al aplicar el cuestionario de preguntas.
- ✓ Calidad de Conocimiento Inadecuado: Cuando la madre obtuvo menos del 70% de las respuestas correctas sobre lactancia materna, al aplicar el cuestionario de preguntas.

Saber popular. El saber popular es un conjunto de conocimientos sobre aspectos específicos de la realidad, que se generan y se adquieren fuera de los espacios formales de la educación, ya que emanan de muy diversas experiencias de vida y formas de conocer el mundo, y tienen su origen en los medios populares, ya que los individuos de las clases populares cultivan conocimientos y saberes informales que son transmitidos de padres a hijos, de generación en generación, y que son enriquecidos en ese tránsito

Son transmitidos mediante mecanismos sociales de interacción directa (pláticas, consejos, entrenamiento) e indirecta (canciones, poemas, cuentos) entre generaciones limítrofes. Si bien se producen desde la experiencia individual de cada persona, sumadas en colectividades dan forma a distintas identidades. Se trata de saberes que contribuyen al desarrollo de todas las potencialidades y dimensiones del ser humano.

III.3. Hipótesis General:

Existe relación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y la calidad de conocimiento sobre lactancia materna, así como similitudes con el saber popular sobre la misma temática, en madres de niños recién nacidos y menores de 2 años atendidas en el hospital regional “Rafael Pascasio Gamboa” del estado de Chiapas.

III.3.1. Hipótesis Específicas

Las madres que son amas de casa atendidas en Hospital Regional Rafael Pascasio Gamboa del Estado de Chiapas tienen mejor calidad de conocimiento sobre lactancia materna que aquellas madres que se dedican a otra ocupación.

- a) Las madres con mayor nivel educativo atendidas en el Hospital Regional Rafael Pascasio Gamboa del Estado de Chiapas presentan mejor calidad de conocimiento sobre lactancia materna que aquellas sin nivel educativo
- b) Las madres con mejor ingreso económico atendidas en el Hospital Regional Rafael Pascasio Gamboa del Estado de Chiapas tienen mejor calidad de conocimiento sobre lactancia materna que aquellas que cuentan con un ingreso económico bajo.
- c) Las madres que viven en unión libre y son atendidas en el Hospital Regional Rafael Pascasio Gamboa del Estado de Chiapas tienen mejor calidad de conocimiento sobre lactancia materna que aquellas que no lo son.
- d) Las madres jóvenes atendidas en el Hospital Regional Rafael Pascasio Gamboa del Estado de Chiapas tienen mejor calidad de conocimiento sobre lactancia materna que aquellas de las de otros grupos etarios.
- e) Las madres que viven en las zonas urbanas atendidas en el Hospital Regional Rafael Pascasio Gamboa del Estado de Chiapas tienen mejor calidad de conocimiento sobre lactancia materna que aquellas madres de las otras zonas.

- f) Las madres que demostraron una calidad de conocimiento adecuada sobre lactancia materna manejan conceptos similares a lo expresado por el saber popular de las madres no evaluadas bajo el diseño metodológico corrido de manera paralela en este trabajo.

III.4 MÉTODO Y DISEÑO

a) MÉTODO

Para el presente trabajo se empleó el método cuantitativo; porque los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de los datos investigados fueron expresados cuantitativamente y se utilizaron pruebas estadísticas para probar las hipótesis planteadas y dar respuesta al problema de investigación.

De manera complementaria se empleó el método cualitativo para recolectar, analizar y procesar los datos concernientes a la investigación relativa al saber popular sobre lactancia materna, no obstante, los mismos fueron revisados mediante estadística descriptiva para determinar las áreas de mayor coincidencia entre el saber popular y la calidad de conocimiento evaluada sobre la misma temática.

Cabe destacar que el saber popular se considera una categoría de investigación vinculada a la fenomenología de las ciencias sociales y humanidades, especialmente antropología social, etnología, sociología y filosofía entre otras.

b) DISEÑO

En la presente investigación se empleó un diseño no experimental, porque no se manipularon las variables; es decir se estudió una situación dada sin introducir ningún elemento que varíe el comportamiento de la variable independiente, características sociodemográficas; y la variable dependiente, calidad de conocimiento sobre lactancia materna.

Es descriptivo; porque se determinó la situación de las variables en estudio, es decir, en quienes, dónde y cuándo se estuvo presentando el fenómeno. Pero además porque se describió de manera objetiva el saber popular de la muestra complementaria de mujeres participantes.

Es transversal; porque se estudiaron las variables de forma simultánea en un momento determinado, realizando un corte en el tiempo en el que se dieron los fenómenos.

III.4.1. Tipo de Muestra

La población o universo se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan, es decir, los elementos (personas, instituciones o cosas) involucrados en la investigación. La muestra con la que se realiza la investigación, es un subconjunto representativo de un universo o población.

En ese sentido, la población o universo para el cual los resultados obtenidos serán válidos, son madres de recién nacidos y de niños menores de dos años que reciben servicios de salud en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa” en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Las muestras estudiadas y analizadas son dos grandes grupos, a saber, el primero cuyos datos se utilizaron para valorar la calidad del conocimiento, está formado por 262 mujeres madres de recién nacidos y niños menores de dos años y el segundo, está formado por un grupo de 50 mujeres madres de recién nacidos y menores de dos años, cuyos datos fueron utilizados para determinar el saber popular de las participantes..

III.4.2 Criterios de inclusión.

Las madres de niños menores de 2 años, reunieron los siguientes criterios:

- ✓ Amamanten a su niño (a) menor de 2 años.
- ✓ Que participen de forma voluntaria.
- ✓ Madres de niños atendidos en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”

III.4.3 Criterios de exclusión

No participaron de la investigación aquellas madres:

- × Con hijos mayores de dos años.
- × Que no accedan a dar su consentimiento informado.
- × Que no amanten a su niño.
- × Que no desean participar de forma voluntaria en la investigación.
- × Que sus hijos no son atendidos en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”

III.4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

a) Técnicas: Encuestas

Orientada a determinar las características socio demográficas que podrían guardar relación con la calidad de conocimiento sobre Lactancia Materna.

b) Instrumento: Ficha sobre características.

Este instrumento, contiene datos generales de la variable independiente: Factores sociodemográficos, que constó de 6 ítems. Su aplicación tuvo una duración de 10 minutos.

c) Instrumento: Cuestionarios.

El primer cuestionario, permitió determinar la calidad del conocimiento técnico de la madre acerca de la lactancia materna, y estuvo compuesto por 22 reactivos, cada uno con un grupo de opciones de respuesta, siendo una de ellas la correcta, y su aplicación tuvo una duración de 25 minutos, para ser aplicado se empleó en la modalidad supervisada (Ver Anexo 1).

El segundo cuestionario permitió recolectar y concentrar información cualitativa acerca del saber popular (no formal) respecto a la lactancia materna, y estuvo conformado por 10 preguntas abiertas extraídas del primer cuestionario pero sin opciones múltiples de respuestas, con la

finalidad de poder distinguir el saber y las expresiones populares generadas desde la cotidianidad de las personas sobre el tema referido, y su aplicación tuvo una duración de 15 minutos en modo grupal autoadministrado con la presencia de un evaluador (Ver Anexo 2).

III.5 Validez y Confiabilidad

Validez. Los instrumentos fueron sometidos a Juicio de Expertos o Método de “Criterio de Evaluación para determinar la Validez de un instrumento” o método Delphy, para lo cual se consultó a 3 profesionales de reconocida trayectoria y experiencia en el tema.

Confiabilidad. Para determinar la confiabilidad de los instrumentos, se empleó la prueba piloto, que consistió en aplicar los instrumentos a 20 madres de recién nacidos y niños menores de 2 años del hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

III.6 Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó la autorización al hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”, donde se llevó a cabo el presente estudio.

-) Se coordinó el ambiente para la aplicación de los instrumentos.
-) Previa a la recolección se solicitó el consentimiento informado (madre) y el asentimiento.
-) La recolección de datos estuvo bajo la responsabilidad de la investigadora.
-) La recolección de datos con los instrumentos se realizó en el turno de la mañana pero con un periodo de separación entre la aplicación de ambos.
-) Se explicó a las usuarias el propósito del estudio, solicitando su colaboración, veracidad, sinceridad, e individualidad en sus respuestas.
-) Se verificó que los instrumentos estén correctamente llenados.

-) Se procedió a la sistematización de la información para su análisis e interpretación respectiva.
-) Finalmente se elaboró el informe final de la tesis.

III.7 Protección de los DDHH.

Los derechos humanos de los participantes que conformaron la muestra de estudio de investigación fueron respetados manteniendo en anonimato la información obtenida.

La participación de las unidades de estudio fue en forma voluntaria previa información de los objetivos del presente estudio, tratados con respeto, considerando su integridad física y moral y se obtuvo el consentimiento verbal informado.

CAPÍTULO IV.- RESULTADOS

IV.1.- Presentación de Resultados.

A continuación, se presentan los principales hallazgos del estudio. Para una mejor comprensión del análisis descriptivo e inferencial, se consideró conveniente presentar los datos en forma secuencial y ordenada incidiendo en los aspectos más importantes de cada uno de ellos.

Conforme a los datos presentados en la Tabla No. 2, y respecto a la ocupación de las madres, se encontró que del 100% (262 madres), el 89.3% (234) refirieron que su ocupación es independiente (trabajo no remunerado o ama de casa) y 10.7% (28), dependiente (empleada).

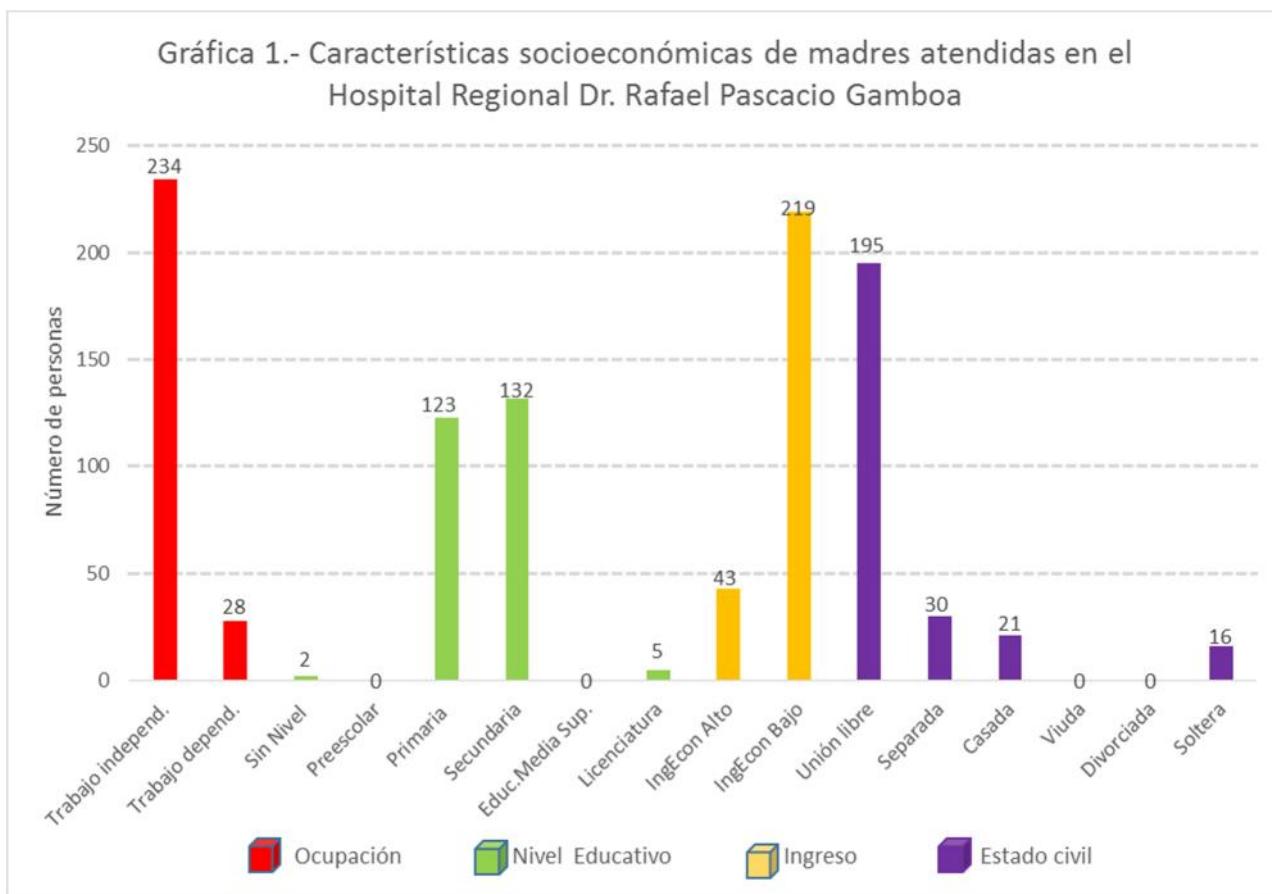
Características Sociales		N	%
Ocupaciones	Trabajo independiente	234	89.3
	Trabajo dependiente	28	10.7
	Total	262	100.0
Nivel educativo	Sin nivel educativo	2	0.8
	Preescolar	0	0.0
	Primaria	123	46.9
	Secundaria	132	50.4
	Educación Media Superior	0	0.0
	Licenciatura	5	1.9
	Total	262	100.0
Ingreso Económico	Alto: mayor de S/750.00	43	16.4
	Bajo: menor de S/750.00	219	83.6
	Total	262	100.0
Estado civil	Unión libre	195	74.4
	Separada	30	11.5
	Casada	21	8.0
	Viuda	0	0.0
	Divorciada	0	0.0
	Soltera	16	6.1
	Total	262	100.0

Tabla 2.- Características sociales de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa” (Fuente: Investigadora)

En cuanto al Nivel Educativo de las participantes, se tiene que del 100% (262), el 50.4% (132), refirieron poseer estudios de secundaria, 46.9% (123) primaria; 1.9% (5) licenciatura y solo el 0.8% (2) sin nivel educativo (Gráfica 1).

En lo referente al Ingreso Económico, se tiene que del 100% (262); el 83.6% (219), presentaron un ingreso económico bajo, mientras que el 16.4% (43), reportaron un ingreso económico alto (ver Gráfica 1).

Respecto al Estado Civil, se encontró que del total (262) de participantes; el 74.4% (195) guardaban un estado civil de Unión libre, mientras que el 11.5% (30) eran separadas; 8.0% (21) refirieron ser casadas y el 6.1% (16) solteras, y en este caso, no hubo madres que fueran viudas o divorciadas respectivamente.



En la Tabla N°3 relativa a las Características Demográficas de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”, se puede observar lo que a continuación se especifica. Con respecto a la edad, del 100% (262 madres), el 61.5% (161) se encontraron en una edad Joven de 20 a 35 años; mientras que el 25.6% (67) fueron adolescentes con menos de 20 años; el 13% (34) tuvieron edad Adulta.

Características Demográficas		N°	%
Edad	Adolescente	67	25.6
	Joven	161	61.5
	Adulta	34	13.0
	Total	262	100.0
Procedencia	Urbana	7	2.7
	Periurbana	233	88.9
	Rural	22	8.4
	Total	262	100.0

Tabla 3. Características demográficas de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa” (Fuente: Investigadora)

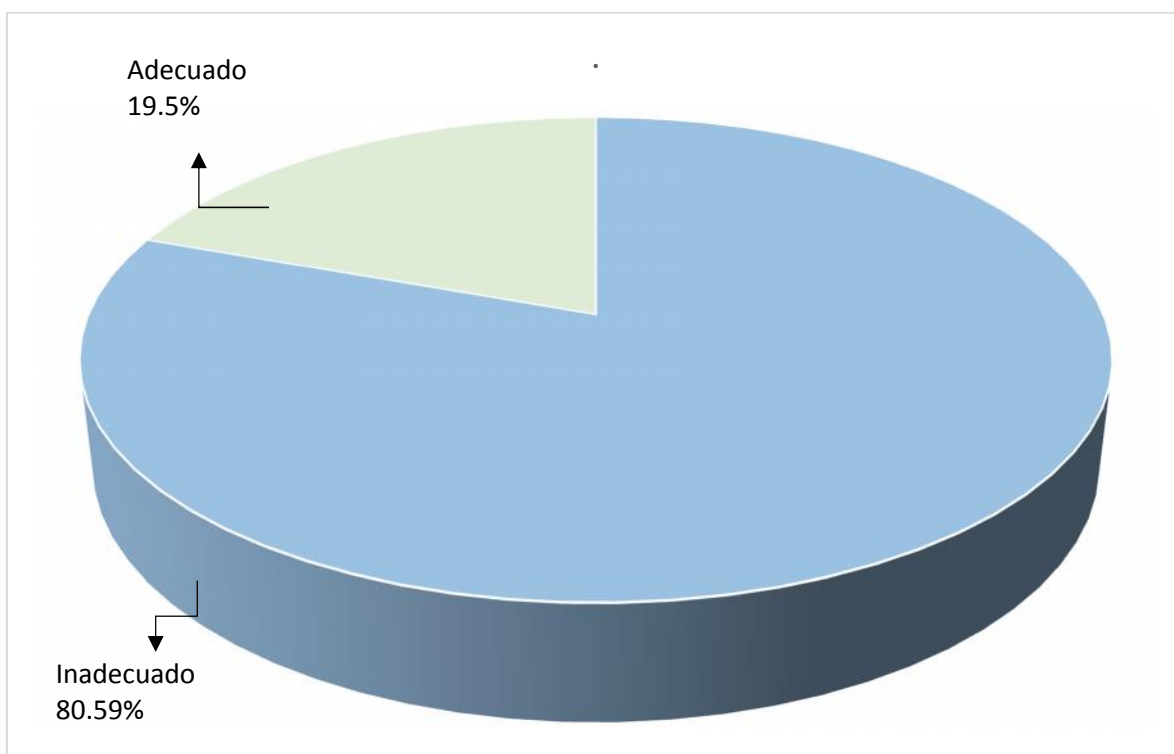
La edad promedio fue de 24.43 años y una desviación típica de ± 7.33 años, el promedio de madres se encuentran en la categoría de edad óptima.

Referente a la procedencia se encontró que del 100% (262 madres) el 88.9% (233) provenían de la zona periurbana, mientras que el 8.4% (22) procedieron de zona rural y el 2.7 % (7) de la zona urbana.

En la Tabla N° 4, respecto a la variable dependiente Calidad de Conocimiento sobre Lactancia Materna en madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”, se aprecia que de las 262 madres(100%) a quienes se les aplicó el cuestionario de conocimiento sobre lactancia materna, 80.5% (211) presentaron una calidad de conocimiento inadecuada y 19.5% (51) una calidad de conocimiento adecuada (Ver Gráfica 2).

Calidad de conocimiento	Nº	%
Adecuado	51	19,5
Inadecuado	211	80,5
Total	262	100,0

Tabla 4.- Calidad de conocimiento sobre lactancia materna de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”



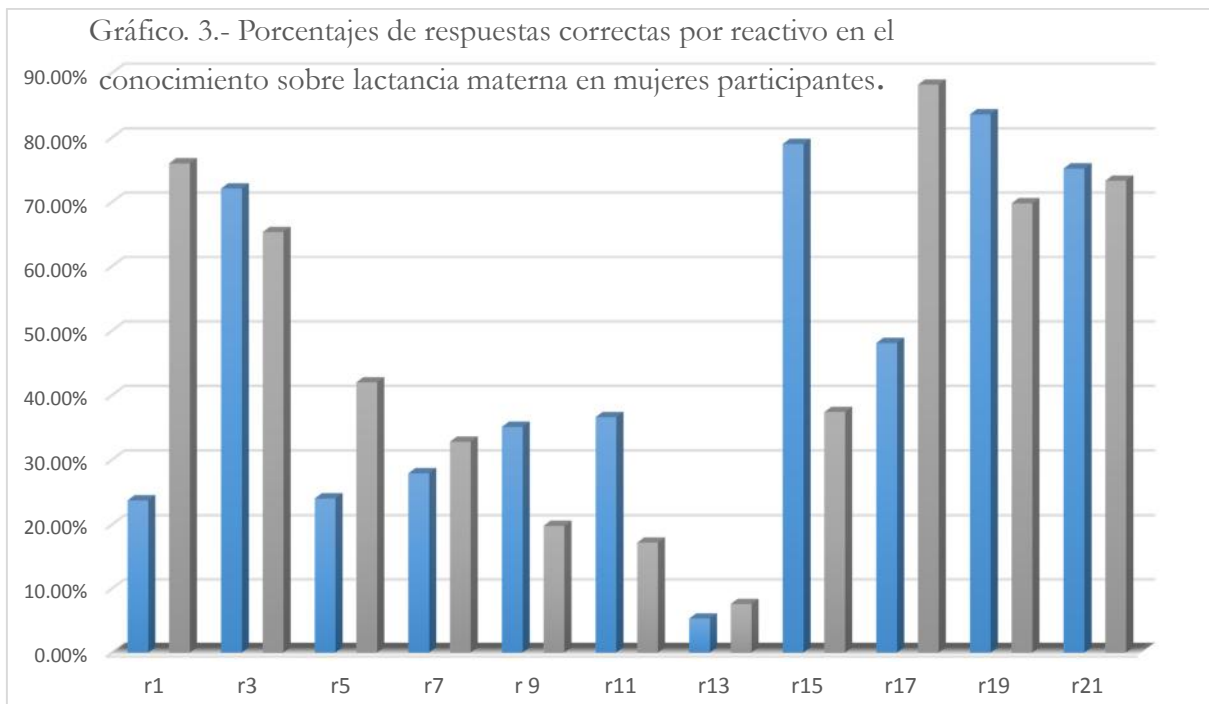
Gráfica 2.- Calidad de conocimiento sobre lactancia materna de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”

En la Gráfica No. 3, relativa a respuestas en ítems de Conocimiento sobre Lactancia Materna de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa” se tiene que de 262 (100%) madres que respondieron a las preguntas del cuestionario, los reactivos que no alcanzaron más del 50% de respuestas correctas fueron:

) r1 referido al nombre que recibe la parte negruzca o marrón del seno (23.7%),

) r5 respecto a la edad que su niño debe mamar (24 %)

-) r6 referido a que es el calostro o primera leche (42 %)
-) r7 respecto a la importancia del calostro o primera leche (27.9%)
-) r8 referido a la importancia de la leche materna para su hijo (32.8%)
-) r9 respecto que vínculo afectivo favorece la leche materna (35.1%)
-) r10 referido al tiempo en que se debe iniciar la lactancia materna (19.8%)
-) r11 respecto a las razones por las que la LM es buena para las madres (36.6%)
-) r12 sobre la forma de alimentar al bebe si se trabaja o estar fuera de casa (17.2%)
-) r13 sobre el tiempo de vida de la leche materna a temperatura ambiente (5.3%)
-) r14 acerca del tiempo de vida de la leche materna en refrigeración (7.6%)
-) r16 respecto a otros beneficios de la leche materna (37.4%)
-) y el r17 referido al tiempo en el que debe durar cada amamantamiento (48.1%).



En la Tabla N° 4 sobre la relación entre las Características Sociales y la Calidad de Conocimiento sobre Lactancia Materna de Madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”, se tiene que 51 (100,0%) madres que presentaron calidad de conocimiento adecuado, 50 (98,0%), refirieron tener trabajo independiente y solo 1 (2,0%) trabajo dependiente; de 211 (100,0%) madres con calidad de conocimiento inadecuado, 184 (87,2%) refirieron tener trabajo independiente y 27 (12,8%) trabajo dependiente.

Características Sociales		Calidad de Conocimiento			
		Adecuado		Inadecuado	
		N°	%	N°	%
Ocupación	Trabajo Independiente	50	98.0	184	87.2
	Trabajo Dependiente	1	2.0	27	12.8
	Total	51	100,0	211	100,0
Nivel Educativo	Sin nivel	0	0.0	2	0.9
	Primaria	8	15.7	115	54,5
	Secundaria	39	76.5	93	44.1
	Media	0	0.0	0	0
	Universitaria	4	7.8	1	0.5
	Total	51	100	211	100
Ingreso Económico	Alto	15	29.4	28	13.3
	Bajo	36	70.6	183	86.7
	Total	51	100	211	100
Estado Civil	Unión libre	46	90.2	149	70.6
	Separada	2	3.9	28	13.3
	Casada	2	3.9	19	9.0
	Soltera	1	2.0	15	7.1
	Total	51	100	211	100

Tabla 5.- Relación entre las características sociales y calidad del conocimiento sobre lactancia materna en madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”.

Se demuestra relación estadísticamente significativa $p= 0.046$ ($p < 0.05$) entre la ocupación y la calidad de conocimiento sobre lactancia materna en madres que se atienden en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”; en consecuencia se acepta la hipótesis de investigación específica que dice: Las madres que son atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa” que son amas de casa tienen una calidad de conocimiento adecuado sobre Lactancia Materna, de aquellas se dedican a otras actividades.

Con referencia al Nivel Educativo, se encontró que 51 (100 %) madres que presentaron una calidad de conocimiento adecuado, 39 (76.5%) refirieron pertenecer al nivel secundario; 8 (15.7%) al nivel primario y 4 (7.8%) superior universitario. De 211 (100,0%) madres con calidad de conocimiento inadecuado, 115 (54.5%) pertenecían al nivel primario, 93 (44.1%) nivel secundario, 2 (0.9%) sin nivel educativo y solo el 1 (0.5%) superior universitaria.

Queda demostrada una relación estadística altamente significativa $p= 0.002$ ($p < 0.01$) entre el nivel educativo y la calidad de conocimiento sobre lactancia materna en madres en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”, por consiguiente, se acepta la hipótesis de investigación específica que dice: Las madres que son atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”, sin nivel educativo, presentan una calidad de conocimiento inadecuado sobre lactancia materna; de aquellas que poseen mayor nivel educativo.

Con respecto al ingreso económico se encontró que 51 (100,0%) madres que evidenciaron una calidad de conocimiento adecuado, 36 (70,6%) tuvieron un ingreso económico bajo y 15 (29,4%) ingreso económico alto, mientras que 211 (100,0%) madres con calidad de conocimiento inadecuado, 183 (86,7%) tuvieron un ingreso económico bajo y 28 (13,3%) ingreso económico alto.

Se determinó relación significativa $p= 0.011$ ($p < 0.05$) entre el ingreso económico y la calidad de conocimiento sobre lactancia materna en madres que se atienden en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”; por lo que se acepta la hipótesis específica que dice: Las madres que son atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”, que cuentan con un ingreso económico bajo, poseen una calidad de conocimiento sobre lactancia materna inadecuado, de aquellas que poseen mayor ingreso económico.

En la Tabla N°5, respecto a la relación entre las características demográficas y calidad de conocimiento sobre lactancia materna de madres atendidas en el hospital regional “Rafael

Pascacio Gamboa”, se encontró que 51 (100%) madres que presentaron calidad de conocimiento adecuado, de ellas 40(78.4%) presentaron edad Joven; 7 (13.7%) edad Adulta y 4(7.8%) fueron adolescentes; mientras que de 211 (100%) madres con calidad de conocimiento inadecuado, 121(57.3%) presentaban edad Joven; 63(29.9%) eran adolescentes y 27(12.8%) tuvieron edad Adulta.

Características Demográficas		Calidad de Conocimiento			
		Adecuado		Inadecuado	
		Nº	%	Nº	%
Edad	Adolescente	4	7.8	63	29.9
	Joven	40	78.4	121	57.3
	Adulta	7	13.7	27	12.8
	Total	51	100	211	100,0
Procedencia	Urbana	6	11.8	1	0.5
	Periurbana	42	82.4	191	90.5
	Rural	3	5.9	19	9.0
	Total	51	100	211	100

Tabla 6.- Relación entre las características demográficas y la calidad de conocimiento sobre lactancia materna de madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”

Se demuestra relación altamente significativa $p= 0.005$ ($p < 0.01$) entre la edad y la calidad de conocimiento sobre lactancia materna en madres que se atienden en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”; por tanto se acepta la hipótesis específica de investigación, que dice; las madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”, que son jóvenes tienen una calidad de conocimiento adecuada sobre Lactancia Materna, a diferencia de las de otros grupos etáreos.

Referente a la procedencia se encontró que de 51 (100%) madres que presentaron calidad de conocimiento adecuado, 42 (82.4%) de ellas provenían de zona periurbana; 6 (11.8%) de zona urbana y 3 (5.4%) de zona rural; mientras que de 211 (100%) madres con calidad de conocimiento inadecuado, 191 (90.5%) provenían de zona periurbana; 19 (9.0) zona rural y solo 1 (0.5%) de zona urbana.

Queda demostrada relación altamente significativa $p= 0,000$ ($p < 0,01$) entre la procedencia y la calidad del conocimiento sobre lactancia materna en madres que se atienden en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”; en consecuencia se acepta la hipótesis específica de investigación, que dice: Las madres atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”, que viven en zonas periurbanas tienen una calidad de conocimiento inadecuado sobre Lactancia Materna, a diferencia de aquellas que viven en zonas urbana y rural.

Resultados de la encuesta rápida.

Por otra parte, y con referencia a los resultados obtenidos con el instrumento aplicado para hacer una aproximación a las aportaciones del saber popular, en el Anexo 2 se presentan en un formato de tabla las respuestas de las 50 participantes a las 10 preguntas abiertas que se plantearon para abordar el saber popular de las madres respecto a la lactancia como proceso dentro de la maternidad. A continuación se muestran los resultados categorizados de cada uno de los 10 reactivos aplicados en el instrumento.

R1.- ¿Con qué nombres conoces las partes que forman al pecho materno?

Categorías	n/N	%
1.- Un componente	31 /50	62%
2.- Dos componentes	9/50	18%
3.- Tres componentes	10/50	20%

Las respuestas fueron analizadas bajo los criterios del número de componentes del pecho materno expresados.

Al respecto, el 62% de las encuestadas mencionaron un solo componente (pecho o seno, pezón o chichita, aureola) mientras que un 18% mencionó dos componentes (pezón y aureola, pecho y pezón aureola y pecho).

Por último, el 20% pudo referir los tres componentes completos (pecho, aureola y pezón).

R2. ¿Qué nombre le dan al calostro y a la leche materna?

Categorías	n/N	%
1.- Un sinónimo	47/50	94%
2.- Dos sinónimos	3/50	6%

El análisis de las respuestas expresadas permitió generar dos criterios de clasificación en función del número de sinónimos o nombres alternativos para el calostro y la leche materna.

Los resultados exponen que el 94% de las entrevistadas utilizaron un solo sinónimo para una sola palabra, es decir para el calostro le llamaron suero, o bien, a la leche materna le denominaron primera leche o primera lechita.

Solamente un 6% fue capaz de exponer dos sinonimias juntas.

R3.- ¿Cuántas posiciones conocen para amamantar al bebé?

Categorías	n/N	%
1.- Solo una posición	13/50	26%
2.- Menciona dos posiciones	10/50	20%
3.- Refiere tres posiciones	19/50	38%
4.- Expone cuatro o más posiciones	8/50	16%

Las respuestas se analizaron con base en los criterios del número de posiciones para amamantar al bebé que las madres entrevistadas reportaran.

En ese sentido, el 38% de madres refieren tres posiciones para amamantar al bebé, entre las que se mencionan: sentada, acostada de lado, parada, y caminando. Por otra parte, el 26% refieren una sola posición para alimentar al bebé, entre las que se mencionan la posición acostada de lado o bien, montado en la pierna, mientras que el 20% de las participantes manifestaron dos posiciones, entre las que se encuentran la sentada y la acostada de lado.

Solamente un 8% de la población entrevistada supo contestar 4 o más opciones (montado en la pierna, sentada, caminando, embrocado, acostada de lado, abrazado de cuna).

R4.- ¿Cuántas veces al día se debe alimentar al recién nacido?

Categorías	n/N	%
1.-Libre demanda	26/50	52%
2.- De 10 a 30 minutos por pecho	12/50	24%
3.- Cada 15 a 30 minutos	6/50	12%
4.- Cada 2 a 4 horas	6/50	12%

Las respuestas al reactivo 4 mostraron que el 52% de la población entrevistada señalaron que el recién nacido debe ser alimentado a libre demanda (cuando el bebé lo pida, a cada rato, cuando lo pida, a libre demanda), en tanto que el 12% señaló un intervalo más específico es decir, cada 15 a 30 minutos y otro 12% refirió un intervalo aún mayor, ya que fue cada 2 a 4 horas.

Cabe señalar que un 24% de las madres señalaron, además del intervalo alimentario, que el bebé debe permanecer entre 10 y 30 minutos en cada pecho durante una sesión alimentaria.

R5.- ¿Qué beneficios tiene la mamá solo por amamantar al bebé?

Categorías	n/N	%
1.- Salud	27/50	54%
2.- Prevención de enfermedades	25/50	50%
3.- Control Natal	5/50	10%
4.- Económico	19/50	38%

Las respuestas fueron categorizadas en 4 rubros, Salud, Prevención de enfermedad, Control natal y Económico. Cabe señalar que cada respuesta podía contener diferentes categorías por lo que se contabilizó la frecuencia de cada categoría.

De esta forma, el 54% de las encuestadas refirieron beneficios que fueron categorizados dentro del rubro de Salud (Se va luego la hemorragia, Quitar inflamación del vientre, Bajar de peso, No retener líquidos, No se acumula la leche).

Por otra parte, en un 50% de las entrevistadas se encontró la referencia a beneficios que entraron en la categoría de Prevención de enfermedades (Así no nos enfermamos, Evita que de cáncer de

mama, No crían bolas en los pechos, No se enferman de los senos); en tanto que únicamente el 10% mencionó beneficios de Control Natal (No queda uno embarazada, no hay embarazo pronto, evita el embarazo).

El beneficio Económico fue mencionado por un 38% de las entrevistadas a través de argumentos como “No hay que comprar leche, No se gasta en biberones ni fórmula, Hay ahorros”.

R6.- ¿Y qué beneficios tiene el bebé?

Categorías	n/N	%
1.- Nutrición adecuada y Salud	42/50	84%
2.- Prevención de Enfermedades	37/50	74%
3.- Apego neonatal	3/50	6%

Al igual que el reactivo previo, las respuestas aportadas por las entrevistadas fueron categorizadas en tres grandes rubros, a saber, Nutrición adecuada y Salud, Prevención de enfermedades y Apego neonatal; y de igual forma fueron contabilizadas con base a su frecuencia de aparición.

En este sentido, el 84% de las participantes indicaron beneficios de Nutrición adecuada y Salud (Cada que tienen hambre obtienen mucha vitaminas, Se nutren bien y les da salud, Mejores vitaminas y desarrollan mejor, Crecen bien y comen saludable). El 74% refirió beneficios en Prevención de enfermedades (No se enferman, Se evitan enfermedades, Les ayuda a no enfermarse, los protege de enfermedades) y solamente el 6% de las entrevistadas hizo referencia al Apego Neonatal (Se acostumbra a mamita, Se vuelven más cariñosos, Apego a mamá).

R7.- ¿Que alimentación debe tener una madre durante la lactancia?

Categorías	n/N	%
1.- Grupo I	42/50	84%
2.- Grupo II	27/50	54%
3.- Grupo III	19/50	38%
4.-Restricciones nutricionales	1/50	2%
5.- Tomar muchos líquidos	18/50	36%

Las respuestas a este reactivo fueron categorizadas conforme a criterios nutricionales específicamente en alimentos del Grupo I, Grupo II y Grupo III además de la referencia directa a la ingesta de líquidos y las restricciones nutricionales.

Al respecto, en el 84% de las participantes se hizo referencia a los alimentos del Grupo I (Frutas y Verduras) mientras que el Grupo II (Cereales y gramíneas) fue mencionado en un 54% de las participantes a través de alimentos como el pozol blanco, atole de granillo, atole de ajonjolí, caldo de frijol y otros. El Grupo III Alimentos de origen animal se mencionaron en el 38% de las participantes, y refirieron alimentos como huevos, carne de res, de pollo y puerco, pescado.

El 36% de las encuestadas señalaron también la ingesta abundante de líquidos, y lo refirieron como agua, jugos de fruta, caldos y refrescos naturales. Únicamente el 1% hizo referencia a la restricción de cierto tipo de alimentos (grasas) y sustancias que podrían ser dañinas al recién nacido (medicinas).

R8.- ¿A qué edad comienza a dar alimentos blandos al bebé?

Categorías	n/N	%
1.- Antes de los 6 meses	11/50	22%
2.- A los 6 meses	25/50	50%
3.- Después de los 6 meses	3/50	6%
4.- No contestaron	13/50	26%

Las respuestas obtenidas para este reactivo se categorizaron en función de los intervalos que las participantes señalaron conforme a su saber. Las categorías que se plantearon son: Antes de los 6 meses después de nacer, Justo a los 6 meses de nacido y Después de los 6 meses de nacimiento, pero también se categorizó la ausencia de respuesta.

Es importante señalar que las respuestas podían incluir dos o más intervalos planteados por las participantes, por lo que se contabilizó la frecuencia de aparición. De esta forma tenemos que el

50% de las participantes refirieron los 6 meses de nacido como la edad para comenzar a dar alimentos blandos al bebé.

Por otra parte, un 22% señaló que antes de los 6 meses es la edad para comenzar a alimentar al bebé con alimentos blandos y solo un 6% indicó que después de los 6 meses era la opción adecuada. Cabe señalar que el 26% de las participantes no contestaron el reactivo.

R9.- ¿A qué edad se deja de amamantar al bebé?

Categorías	n/N	%
1.- Un año o más	1/50	2%
2.- antes del año	1/50	2%
3.- Al año	5/50	10%
4.- No contestó	43/50	86%

Este reactivo se categorizó en tres intervalos, a saber, Antes del año, Al año y Un año o más, aunque también se contabilizó la ausencia de respuesta. Al respecto, el 10% de las participantes señalaron la opción que indica que la edad para dejar de amamantar al bebé es Al año. Por su parte, un 2% indicó que la edad es de Un año o más y otro 2% señaló que la edad para dejar de amamantar al bebé es antes del año. Sin embargo, el 86% de las participantes no contestaron el reactivo.

R10.- ¿De quién aprendió esos conocimientos?

Categorías	n/N	%
1.- Círculo familiar primario	30/50	(60%)
2.- Prestadores de servicios de salud	2/50	(4%)
3.- Aprendizaje autogestivo	3/50	(6%)
4.- Opción 1 y 2 juntas	14/50	(28%)
5.- Opciones 1, 2 y 3 juntas.	2/50	(4%)

Las respuestas al reactivo 10 se categorizaron en 5 rubros, a saber, el Círculo familiar primario, los Prestadores de servicios de salud, Aprendizaje autogestivo, Opción 1 y 2 juntas, Opción 1,2

y 3 juntas. Las respuestas se presentaron combinadas por lo que se contabilizó la frecuencia de aparición de las respuestas y se agruparon dentro de las categorías mencionadas.

El Círculo familiar primario fue mencionado por el 60% de las participantes a través de referencias a las abuelas, tías, suegras, hermanas como principales transmisoras de esos conocimientos.

El 28% mencionaron al Círculo familiar primario y a los Prestadores de Servicios de Salud (Opción 1 y 2 juntas) al hacer mención de las madres, tías, abuelas y enfermeras, médicos y parteras.

Por su parte, solamente en el 6% de las participantes se identificó el aprendizaje autogestivo pues mencionaron que los conocimientos los adquirieron solas o en pláticas, o leyendo respecto a la temática.

Un 4% hizo referencia exclusiva a Prestadores de servicios de Salud, ya que mencionaron parteras, enfermeras, nutriólogas y médicos.

Por último solo en un 4% de las participantes se determinó que los conocimientos los adquirieron a través del Círculo familiar primario, los Prestadores de servicios de salud y el aprendizaje autogestivo, es decir, Opciones 1,2 y 3 juntas.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN y CONCLUSIONES.

V.1. Análisis y Discusión.

En la presente investigación se da a conocer los diferentes hallazgos entre la caracterización social y demográfica y la calidad de conocimientos acerca de la lactancia materna en madres de hijos menores de 2 años, atendidas en el hospital regional “Rafael Pascacio Gamboa”, lo cual estuvo constituida por una muestra de 262 madres.

De manera complementaria, se abordó el saber tradicional acerca de la lactancia materna en madres de hijos menores de 2 años atendidas en el Hospital referido, y para ello se analizaron cualitativamente las respuestas a entrevistas constituidas por 10 reactivos que fueron aplicadas de manera grupal a una muestra representativa de 50 madres.

Respecto a la ocupación y calidad de conocimiento sobre Lactancia Materna, se tiene que el 98% de madres, presentaron una calidad de conocimiento adecuado con una ocupación independiente; los resultados de la investigación indican, relación estadísticamente significativa, con un $X^2= 3.98$; $p \leq 0.046$.

Si observamos la tabla de ocupación y calidad de conocimiento se puede evidenciar dicha asociación, lo que podría significar que las madres adquieren mayor información acerca de los cuidados y la lactancia de sus niños; y todo lo contrario podría estar pasando con aquellas madres que tienen una ocupación dependiente, por lo que se especula que hay menos disponibilidad de tiempo para acceder a la información suficiente, y adicional a ello el poco interés que podrían mostrar las madres hacia los temas en cuestión.

Con relación al nivel educativo se encontró que 54.5% madres tuvieron una calidad de conocimiento inadecuado y manifestaron estudios dentro del nivel primario; los resultados encontrados acusan una relación estadísticamente significativa entre la calidad de conocimiento sobre lactancia materna y el nivel educativo de la madre.

Estos resultados son parecidos a lo encontrado por Cynthia Zimmermann y colaboradores, al realizar un estudio respecto al conocimiento sobre lactancia materna en mujeres puérperas de la ciudad de Resistencia, en una provincia de Argentina, (Zimmermann C. *et al*, 2011), donde evaluó el conocimiento sobre la Lactancia Materna, relacionándolo con el grado de estudios en 364 madres; y encontró un conocimiento deficiente (12.09%), regular (70.33%) y bueno (17.58%); determinando que el grado de estudios se asocia con conocimientos acerca de la lactancia materna; sin embargo, los hallazgos difieren a los reportados por William Cáceres y colaboradores en su estudio “Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes” (Cáceres, W. *et al* 2013) en el que las madres que tenían grado universitario (21,4%) fueron las que poseían más y mejor conocimiento.

Estos hallazgos se asemejan con los de López, V. y colaboradores, ya que en su investigación, “Factores sociodemográficos, culturales y la interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres...” (López, V. *et al* 2011) los resultados arrojaron que el 58% revelaron mayor grado de instrucción.

Los resultados obtenidos responden a una relación directa, cuando se dice que a mayor nivel educativo, las personas poseen mayor recepción, entendimiento o raciocinio respecto a un tema determinado; a la vez existen otros aspectos que influyen en el aprendizaje de la persona, como predisposición en el momento de la orientación; haber tenido experiencia previas sobre el tema en discusión; como lo afirmado por Mario Bunge; cuando al tipificar el conocimiento, considera el conocimiento racional, como aquello que se adquiere por la experiencia.

En cuanto al ingreso económico se encontró que 183(86.7%) madres tuvieron una calidad de conocimiento inadecuado y un ingreso económico bajo. Los hallazgos guardan cierta similitud con lo reportado por López, V. y colaboradores (2011), cuando al relacionar factores sociodemográficos, culturales y la interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres...”, en una muestra de 101 madres, encontraron que 54.5% refirieron poseer bajos ingresos económicos.

Por otro lado, Mora, S. (2013) concluyó, al determinar si la situación económica influye o no en la lactancia materna por parte de las madres, con el fin de detectar los factores que se asocian a un mayor abandono de la alimentación natural, que el tener menos ingresos familiares y menor proporción de trabajo remunerado se traduce en menores tasas de lactancia materna, a pesar de que éstas disminuirían los gastos familiares.

Frente a los resultados obtenidos, se considera que uno de los factores que probablemente influyen en los mismos, es que el personal de salud no centra su atención en mejorar la actitud hacia la lactancia materna en mujeres que presentan menor nivel de ingresos económicos; y que un ingreso económico bajo promueve situaciones como el desinterés por los controles de salud periódicos, capacitaciones pero además forja estados depresivos no diagnosticados, por lo que tienden a centrar el interés en la mejora del estatus económico; y esta situación multifactorial, conlleva al inadecuado conocimiento sobre el desarrollo, crecimiento y alimentación del niño.

Con referencia al estado civil de las mujeres estudiadas, los resultados arrojan que, alrededor de tres cuartas partes de la muestra obtuvieron una calidad de conocimiento inadecuado y coexistían en unión libre, 149 (70.6%), y menos de la mitad de la muestra es decir, 46 (90.2%) de madres presentaron una calidad de conocimientos adecuados y eran parejas en unión libre.

Los resultados sobre estado civil y calidad de conocimiento, permiten inferir la posibilidad de que existen madres que son separadas, solteras y que dedican mayor tiempo en actividades que

les permite generar ingresos económicos para solventar los gastos del hogar; y en consecuencia colocan a un segundo plano la salud de su hijo, a diferencia de aquellas madres que tienen pareja y son convivientes o casadas, poseen más acceso a los servicios de salud, prestan mayor atención a las necesidades de su niño (a), por ende mayor compromiso consigo misma y con su hijo (a) en lo que respecta al tema de la salud.

Al respecto un informe estadístico, reportado por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2014, indica que, en México, existe un alto porcentaje de mujeres que tienen pareja, pero que viven bajo la modalidad de unión libre. La unión libre es una situación que se viene incrementando en los últimos 15 años ya que el porcentaje de personas que vivían en unión libre en el 2000, se incrementó al doble en el año 2015. En tanto que la condición de casada (matrimonio) disminuyó en 17.7% entre el año 2000 y el año 2013.

En cuanto a edad materna encontramos que más de la mitad de las madres 121 (57.3%) presentaron calidad de conocimiento inadecuado y eran jóvenes, y menos de la mitad 40 (78.4%) su conocimiento fue adecuado.

Estos resultados revelan una relación estadísticamente significativa entre la calidad de conocimiento sobre lactancia materna y la edad materna. Hallazgos similares fueron reportados por Guerrero, J. y Vera, J. (2013) en su estudio “Nivel de conocimiento, actitud y técnicas sobre lactancia materna de las madres adolescentes”, la muestra estuvo conformada por 100 madres, donde el 55% presentaron un conocimiento malo, con una $p \leq 0.05$) concluyendo que a mayor edad mejora el nivel de conocimiento.

Asimismo los hallazgos son corroborados por Zimmermann, C. y colaboradores (2010), en su estudio “Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de Resistencia” donde reflejan un conocimiento deficiente (12.09%), regular (70.33%) y bueno (17.58%), concluyeron, que la edad se asocia con conocimientos más extensos y seguros acerca de lactancia materna).

De manera similar resultados equiparables fueron reportados por Delgado, L. y Nombera, F. (2012) en su estudio “Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva...”, en 124 madres adolescentes; y encontraron que los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva fueron de categoría media con 48.4%; sin embargo los hallazgos se contraponen con los de Borre, G. y colaboradores (2014), en su estudio sobre “Lactancia materna exclusiva: ¿La conocen las madres realmente?”, en 90 madres; donde 51% tienen edades entre 15 a 25 años, 85.6% de las madres poseen conocimientos adecuados sobre lactancia materna exclusiva.

Los resultados sobre la calidad de conocimiento en lactancia materna de las madres indican que las tres cuartas partes fueron inadecuados, lo que probablemente, sea un reflejo de la insuficiencia del sistema de salud en la consejería a las madres sobre la lactancia materna, pero también de otros factores que pueden afectar la calidad del conocimiento (dificultad de acceso, recursos deficientes, desinterés materno, nivel educativo, entre otros).

Con relación a la procedencia se encontró que 191 (90.5%) madres con calidad de conocimiento inadecuado provenían de zona periurbana. Con ello se percibe un vínculo altamente significativo entre la procedencia y la calidad del conocimiento sobre lactancia materna. Los hallazgos guardan cierta similitud con los reportados por López V. y colaboradores (2011), cuando al relacionar Factores sociodemográficos, culturales y la interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres del centro de salud Belén”, en una muestra de 101, encontraron que 52.0% manifestaron proceder de zona urbana- marginal.

Los resultados encontrados están influenciados por factores tales como: el nivel de escolaridad, el ingreso económico bajo, entre otros, y esto se vincula con un nivel de carencias, así como dificultad para acceder al puesto de salud, particularmente en épocas de inundación, factor que

interfiere el traslado y la accesibilidad de las madres para realizar cualquier tipo de diligencia, en especial consultar sobre su salud y asistir a los controles de su hijo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla N° 4, fue posible destacar que las preguntas acerca del conocimiento sobre lactancia materna que no alcanzaron el 50% de respuestas correctas, como por ejemplo: ¿Cuándo cree usted que debe iniciar la lactancia materna?, las respuestas no eran las acertadas, quizás debido a la poca información que ellas poseen respecto al inicio de la lactancia materna, tiempo de duración de la leche al ambiente y en un refrigerador; ya que es muy probable que no se esté reforzando sobre aspectos claves los conocimientos que debe reforzar la madre sobre los temas en cuestión.

Otra de las interrogantes en la que se observó en las madres, dificultad para dar respuesta fue ¿Cómo debe alimentar al bebé si usted trabajará o estuviera fuera de su casa?; esto nos estaría indicando que la mayoría de las madres que son amas de casa desconocen el tema sobre la alimentación del niño cuando se le presente la oportunidad de un trabajo; probablemente no está aplicando lo informado, por olvido, o porque no se aprendió la información vertida durante los controles, o que la información recibida no fue clara sobre el tema en mención.

Por otra parte, el análisis cualitativo a las respuestas del segundo cuestionario aplicado mediante entrevista grupal, permite identificar una perspectiva menos tajante o evaluatoria con relación a la calidad del conocimiento sobre la lactancia materna, toda vez que bajo esta metodología no se evaluó un conocimiento positivista “encasillado” en criterios formales de educación y conceptos académicos, sino que se acotó a la observación y análisis de las respuestas fundamentadas en las experiencias de vida de las participantes.

En ese sentido cabe destacar que el análisis del saber popular sobre lactancia materna, permitió identificar particularidades que se apegan más a la descripción de la realidad particular de las mujeres participantes, que a una deficiencia o suficiencia de conocimiento académico. No

obstante, también a través de esas respuestas es posible detectar creencias, tradiciones así como conocimientos inconsistentes o tergiversados que lejos de ser indicador de ignorancia, añade particularidad e identidad local a ese saber.

Lo anterior se percibe en las respuestas obtenidas en el Reactivo 1, que indaga sobre el saber acerca de los componentes del seno materno, toda vez que si bien, las participantes mencionaron los nombres técnicos esperados (pezón, aureola, seno), también se usó sinonimia y nomenclatura popular (chichita, teta, pecho, tetilla, chichi) usados en el vocabulario local. Pese a ello, hay que considerar que el porcentaje de participantes que solamente mencionaron un componente del seno, fue aún mayor que la sumatoria de aquellas que mencionaron los nombres de dos y tres componentes.

En ese sentido, es posible considerar un desconocimiento en cuanto a nombres técnicos, pero en cuanto a la funcionalidad y desempeño del órgano no tienen ningún conflicto, toda vez que han adquirido ese saber a partir de la práctica y la experiencia.

De igual manera sucede con el Reactivo 2 relacionado con la denominación de las sustancias producidas por la glándula mamaria después del parto, ya que si bien el calostro y la leche materna son en esencia las dos principales sustancias que se producen durante la lactancia materna, los nombres que las señoras utilizan para denominarlos son nombres populares. La mayoría de las participantes refirieron el nombre técnico y un sinónimo (para el calostro se usó “suero”) y solo un porcentaje mínimo utilizaron un nombre adicional para la leche materna que fue llamada esencialmente “primera leche”.

En lo concerniente al Reactivo 3, el saber sobre las posiciones para amamantar al bebé, resulta interesante destacar que las participantes además de haber mencionado las posiciones clásicas que se manejan en el contexto de los servicios de Salud, a saber, “acostada de lado”, “sentada”, o “abrazado el bebé debajo del brazo”, no obstante, cabe destacar que las participantes hicieron

mención a otras posiciones que han aprendido mediante la experiencia y que les funcionan cuando llega el momento de alimentar al bebé.

Entre ellas se pueden mencionar la posición del bebé “montado en la pierna”, así también la del bebé “sentado en la cintura y la mamá parada”, y por último, la mamá “acostada y el bebé embrocado” sobre el vientre materno.

El Reactivo 4 abordó el tiempo de alimentación por día que se le debe dar al recién nacido, y a ese respecto, más de la mitad de las participantes en el estudio coincidieron en aseverar que el bebé debe alimentarse “a libre demanda”, “conforme el bebé lo pida”, y un porcentaje menor especificaron periodos relativamente cortos “de 15 a 30 minutos” y otros mencionaron intervalos más espaciados “de 2 a 4 horas”.

Si bien es cierto que conforme a criterios de salud, lo recomendable para bebés de 1 a 3 meses de nacidos, es alimentarlos a libre demanda; también es verdad que el periodo de 2 a 4 horas mencionado es para bebés mayores de 3 meses. Los resultados en este sentido, muestran que el saber popular respecto al tiempo de alimentación de los bebés recién nacidos, lejos de ser inadecuado, es correcto y pertinente porque también considera la importancia de educar el apetito de los bebés mediante el uso de horarios más específicos.

Los Reactivos 5 y 6 guardan un vínculo estrecho porque ambos buscan dilucidar el saber popular acerca de los beneficios para la mamá y el bebé por el simple hecho de amamantar. En este sentido, al revisar las respuestas de las participantes se encontró que los beneficios para la madre más reportados son Salud (54%) y Prevención de enfermedades (50%) empleando argumentos sobre “la pérdida del peso ganado en el embarazo”, “la desinflamación del vientre”, “la detención de la hemorragia postparto”, “no retener líquidos ni leche”, y en el ámbito de la prevención, se plantearon argumentos como “evitar cáncer de mamas”, “evitar bolas en los pechos”, y “que los pechos no se enfermen”. De igual forma, en un 38% de las respuestas

ofrecidas por las participantes se refirió el beneficio económico ya que usaron argumentos como “No hay que comprar biberones ni fórmula”, “Se ahorra dinero” y “No hay que comprar leche”. Sobra señalar que entre otras respuestas encontradas en un 10% de las participantes fue la relacionada con el control natal, expresándolo con frases como “No se embaraza uno tan pronto”, “Evita el embarazo” y “No hay embarazo”

En cuanto a los beneficios para el bebé las respuestas aportadas por las entrevistadas fueron categorizadas en tres grandes categorías, a saber, Nutrición adecuada y Salud, Prevención de enfermedades y Apego neonatal. Las precisiones para la primer categoría fueron identificadas en el 84% de las participantes con frases como “Crecen bien y comen saludable”, “Mejores vitaminas y desarrollan mejor”, “Cada que tienen hambre obtienen mucha vitaminas” y “Se nutren bien y les da salud”. La segunda categoría se reflejó en las respuestas del 74% de las mujeres entrevistadas quienes mencionaron argumentos como “Se evitan enfermedades”, “No se enferman”, “Les ayuda a no enfermarse”, y “Los protege de enfermedades”. La tercera categoría fue la menos abundante pues solo se detectó en las respuestas del 6% de las participantes, con expresiones tales como “Se vuelven más cariñosos”, “Se acostumbra a mamita”, y “Apego a mamá”.

De lo anterior, es posible dilucidar que el saber popular respecto a los beneficios que conllevan -para la madre como el bebé- la tarea de amamantar, es amplio y adecuado, ya que si bien es cierto que las participantes no utilizan un lenguaje técnico para definir los beneficios manifestados, también lo es que responden coloquialmente con expresiones que son cómodas de interpretar y entender entre la población común. Es necesario entender que no se trata de discutir sobre la semántica y vocabulario aplicado a la lactancia materna, sino de que las participantes pudieron responden congruente y correctamente, tomando como perspectiva su experiencia de vida.

El Reactivo 7 indaga sobre el tipo de alimentación que una madre debe tener durante el periodo de lactancia o amamantamiento. Al respecto, es importante señalar que las respuestas aportadas por las participantes hacían referencia a alimentos y recetas específicas que ellas han implementado en su proceso de lactancia materna. Por ello, los resultados fueron clasificados en categorías basadas en criterios nutricionales, ya que se podían agrupar en alimentos de los Grupos I, II y III, además de Ingesta de líquidos y Restricciones nutricionales.

En el 84% de las respuestas se encontró referencia a los alimentos del grupo I, referidos generalmente como frutas y verduras. El Grupo II Cereales y gramíneas fue mencionado en un 54% de las respuestas de las participantes y el Grupo III Alimentos de origen animal se mencionó en el 38% de las participantes. La ingesta abundante de líquidos se contabilizó en el 36% de las respuestas que las encuestadas aportaron. Solo en el 1% de las respuestas se detectó la restricción alimentaria.

Los datos analizados en término de porcentajes son relevantes ya que reflejan el saber popular sobre los alimentos de los diferentes grupos nutricionales integrados en la dieta de las madres entrevistadas pero más interesante resulta identificar algunos alimentos y recetas de uso local como el pozol blanco, atole de granillo, atole de ajonjolí, caldo de frijol y caldo caracol, además de los alimentos más convencionales como huevos, carne de aves, puerco y res, pescado, frutas, sopas de verduras, refrescos naturales y abundante líquidos y agua. En ese sentido, es posible aseverar que el saber popular es nuevamente adecuado y suficiente porque entiende y asume la importancia de la alimentación saludable en madres lactantes.

Los Reactivos 8 y 9 guardan relación directa porque ambos abordan el saber popular acerca de la edad para comenzar a dar alimentos blandos a los bebés y para dejar de amamantarlos.

En el primer caso, el 50% de las respuestas señalaron los seis meses después de nacido como la edad adecuada para comenzar a dar alimentos blandos al bebé, mientras que el 22% de las

respuestas indicaron que la edad para ello era antes de los 6 meses, así también, un 6% de las respuestas indicaron que después de los 6 meses era el tiempo ideal para la actividad referida. Es importante señalar que un 13% de las entrevistadas no respondieron a este reactivo.

Respecto a la edad para dejar de amamantar, las respuestas fueron muy escasas, ya que el 86% de las entrevistadas no respondieron la pregunta, y solamente el 10% de ellas indicó que al cumplir el año es la edad para dejar de amamantar, mientras que un 2% aseveró que antes del año era la edad adecuada y el 2% restante señaló que la edad sería después del año de vida.

Los resultados permiten dilucidar que aunque para ambos reactivos hubo participantes que no respondieron a las preguntas, es mayor el número de respuestas en el reactivo 8 que el 9, y ello significa que el saber popular sobre la edad para comenzar a dar alimentos blandos al bebé es más conocida que la edad para dejar de amamantar.

Lo anterior puede ser debido a la gran variedad de criterios que existen alrededor de este tema, y es tan grande como lo es el saber popular de al menos tres generaciones superpuestas, es decir, mientras algunas madres dan los primeros alimentos blandos a los bebés antes de los 6 meses (5 meses aproximadamente) iniciando con calditos de frijol, y probaditas de sopas de verduras, otras lo hacen justo al cumplirse los 6 meses con papillas caseras, y otras después, entre 7 y 8 meses con papillas industrializadas, pero en cualquiera de los casos, salvo raras excepciones, existe en ese saber, el consenso de la calidad, cantidad y tipo de alimentos con que se debe empezar la dieta blanda del bebé.

El saber popular respecto a la edad para dejar de amamantar al bebé (reactivo 9) es el que más carece de respuestas, y ello puede resultar de una causa similar a la referida en el párrafo anterior, pues mientras algunas madres deciden destetar al bebé tras un año o más de edad, otras lo hacen antes del año, pero para muestra de esa variedad de criterios, baste señalar que existen registros

locales de madres que amamantan a sus hijos hasta entrados los 3 años de edad o incluso mayores (en algunas comunidades indígenas se amamanta a los niños hasta los 3 años y medio).

Es necesario reconocer que la ausencia de respuestas podría ser un indicador de la falta de promoción y seguimiento en las campañas de concientización del sector salud, hacia las madres con respecto a la práctica estandarizada de lactancia materna.

Por último, el Reactivo 10, indaga sobre la procedencia del saber con el que las participantes respondieron las preguntas planteadas en la entrevista grupal. Al respecto, el 60% de las respuestas hicieron referencia al Círculo familiar primario, representado por madres, abuelas, tías, hermanas, primas, suegras es decir, parientes directos que transmiten su experiencia entre generaciones. Un 28% de las repuestas indicaron que la fuente de su saber era además de su círculo familiar primario, el grupo de prestadores de servicios de salud que los atendieron durante el embarazo y el parto, es decir, enfermeras, nutriólogas, psicólogas y médicos. Por último un 6% de las respuestas expresaron que el saber lo obtuvieron a través de aprendizaje autogestivo, es decir, a través de talleres, capacitación o lectura sobre la temática.

V.2. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir lo siguiente:

Con relación a las características socioeconómicas y la calidad del conocimiento sobre lactancia materna en madres de niños menores de 2 años atendidas en el Hospital Regional Rafael Pascacio Gamboa, se logró identificar que:

1. De 262(100%) de madres de niños menores de 2 años la Ocupación que realizan es el trabajo independiente 89, 3%; presentan educación secundaria 50,4%; el 83,6%, poseen un ingreso económico bajo; 74,4% viven en unión libre; y el 61,5% de las madres poseen

edad óptima; y la mayoría de ellas, es decir, el 88,9% provienen de la zona periurbana de la ciudad.

2. Respecto a la calidad del Conocimiento sobre Lactancia Materna en madres atendidas en el Hospital Regional Rafael Pascacio Gamboa, se encontró que de 262 (100%) madres a quienes se les aplicó el cuestionario de conocimiento sobre lactancia materna, 80,5% (211) madres presentaron calidad de conocimiento inadecuado y 19,5% (51) madres una calidad de conocimiento adecuado.
3. Cabe destacar que la calidad de conocimiento del grupo en mención resultó inadecuada porque se evaluó con estricto apego a criterios y conocimientos científicos preestablecidos en un cuestionario repleto de tecnicismos sobre lactancia materna, que se usó para medir conocimientos en un grupo de mujeres que fueron atendidas en ámbito hospitalario en el que teóricamente se les brinda información y capacitación sobre los conocimientos en la temática, sin embargo, aparentemente la transmisión del conocimiento hacia las madres no parece mostrar una eficiencia tangible.

Con relación al saber popular de las madres sobre la lactancia materna, se concluye lo siguiente:

4. Los resultados arrojados sobre el saber popular acerca de la Lactancia Materna, no demeritan el esfuerzo intelectual de la población muestra estudiada, sino que permiten entender el valor intrínseco de esos conocimientos en la atención y resolución de situaciones específicas de la vida cotidiana durante el periodo de lactancia, pero también permite entender que los resultados analizados bajo metodologías más integrales en términos descriptivos, son más inferenciales y permiten abordar los contextos sociales, económicos y culturales de la población bajo estudio.
5. El acercamiento al saber popular permitió determinar que este grupo de conocimientos es adecuado y suficiente para la atención y resolución satisfactoria de asuntos

relacionados con la lactancia materna, toda vez que se sustenta en el conocimiento construido a través de diferentes generaciones y en la experiencia personalizada, no obstante, hay que reconocer que este saber no es permanente o estático sino dinámico y enriquecidos por diferentes actores sociales que complementan el aporte familiar, como las instituciones de salud y la sociedad civil organizada.

6. La hipótesis general se asume parcialmente verdadera pues aunque los resultados revelaron matices disímiles entre Calidad del conocimiento y Saber popular sobre Lactancia materna, se evidenció que las participantes del segundo grupo expresaron saberes populares sobre la temática y que la naturaleza informal y tradicional de ese saber, mostró amplia equivalencia al conocimiento formal y científico con el que se evaluó la calidad del conocimiento al primer grupo, y que se diferencia esencialmente por el léxico y semántica de origen popular.
7. En ese sentido, es importante acercarse con mayor disponibilidad al saber popular toda vez que aporta información de alto valor contextual a las investigaciones que abordan temáticas de orden social ya que aportan líneas temáticas que pueden enriquecer el estado del arte en diferentes ámbitos de la ciencia

CAPÍTULO VI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Asociación Española de Pediatría (2004) Lactancia materna: Guía para profesionales..
Disponible en: http://www.nutriunfo.com/archivos/ebooks/lactancia_materna.pdf.
2. Asociación Mexicana de Pediatría A.C. (2007) Primer Consenso Nacional sobre Alimentación en el Primer Año de Vida. Acta PediatrMex; 28(5):213-241.
3. Borre, Y. M., Cortina, C., González, G. (2014). Lactancia materna exclusiva. ¿La conocen realmente las madres? Rev Cuidarte 5(2): 723-30.
4. Cáceres W., Reyes, M., Malpica, E., Álvarez, L., Solís, L. (2013) Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Rev. Cubana Med. Gen Integr. vol.29 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set.
5. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917. Última reforma en 2012). Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
6. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA (2006.). Salud de la adolescencia. Disponible en:
<http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/adolescencia/saludadol.pdf>.
7. Czeresnia, Dina (2006) “Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias”. Lugar Editorial. Buenos Aires.

8. Delgado, C. y Codina, P. (2006) Revolución contemporánea del saber y la complejidad social. Hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo. Colección campus virtual de CLACSO. Buenos Aires, Argentina
9. Delgado, L. y Nombera, F (2012) Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. Hrdlm-chiclayo, 2012._Tesis. Escuela de Enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Perú.
10. Delgado_Becerra A, Arroyo-Cabrales LM, Díaz-García MA, Quesada-Salazar CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Bol MedHospInfantMex 2006; 63 (1):32-9.
11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Algunos recuentos de la historia 2002. <http://www.hies.gob.mx/Lactancia%20Materna.pdf>
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Declaración de Innocenti del 2005. 2005. Disponible en:
http://www.unicef_irc.org/publications/pdf/declaration_sp_v.pdf.
13. Freire, Paulo (2005), Pedagogia do oprimido, Rio de Janeiro, Paz e Terra. Disponible en: <http://www.forumeja.org.br/livrospaulofreire>
14. Freire, Paulo (2007), Ação cultural para a liberdade e outros escritos, Rio de Janeiro, Paz e Terra. Disponible en: <http://www.forumeja.org.br/livrospaulofreire>
15. González I, Pileta B. Lactancia materna. Rev Cubana Enfermer 2002; 18(1): 15-22.
16. Guerrero, J.I. y Vera, J.(2013) Nivel de conocimiento sobre lactancia maternal en madres adolescentes. Trabajo de investigación. Universidad del Azuay. Ecuador.
17. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, 5

18. Hernández-Ávila M. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México:
19. Hospital Infantil del Estado de Sonora. Lactancia materna en México, marco legal. 1994. Disponible en: <http://www.hies.gob.mx/Lactancia/historia.html>
20. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Comisión Nacional de Población. México
21. Instituto Nacional de Salud Pública (MX). [pdf] Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
22. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-212. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>
23. Lactaria. Amamantar y trabajar. Soluciones prácticas para la vuelta al trabajo. Asociación Aragonesa de Apoyo a la Lactancia Materna, 2004. Disponible en formato PDF en www.lactaria.org
24. Latham MC. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Capítulo 7: Lactancia Materna. 2002. Disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0b.htm11x..>
25. López, V.A., Ríos, Y.K., Robles, J.D., Flores, S, Torres, R. (2011). Factores sociodemográficos, culturales y la interrupción de la lactancia maternal exclusive en madres del centro de salud de Belén-Iquitos en 2011. Tesis. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
26. Mora, S.M. (2013) Factores biológicos sociales y culturales de la madre que influyen en el abandono de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses en la consulta externa

del centro de salud atacamés del cantón atacamés periodo mayo a agosto 2013.Tesis.
Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

27. Moraes M, Da Silva Docci L, Faliú B, Sosa C. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria. ArchPediatrUrug 2011; 82(1): 11-18.
28. Morse, J.M. (2003) Principles of mixed methods and multi-methods research design. En C. Teddle y A. Tashakkori. Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Londres. Edit. Sage.
29. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio. 2002. Disponible en:
<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/bkgd.shtml>
30. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. 2003. Disponible en
http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf
32. Rodríguez, P. (2008) Saber y poder popular. Teré: revista de filosofía y socio política de la educación. Número 8. Año 4. España. Pags. 61-80.
33. Ruíz, C. (2008) El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: una mirada desde el paradigma de la complejidad. Teré: revista de filosofía y socio política de la educación. Número 8. Año 4. España. Páginas 13 – 28.

34. Secretaría de Salud (SSA). Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. 1999. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>)
35. UNICEF (2012) Pneumonia and Diarrhea: Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children. New York [pdf] 15. Disponible en:
http://www.unicef.org/media/files/UNICEF_P_D_complete_0604.pdf
36. Zimmermann, C., Medina, S., Ortiz, A., Miño, C., Itatí, G. (2011) Conocimiento sobre Lactancia Materna en púerperas de la ciudad de Resistencia en el año 2010. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 207 – Junio 2011

ANEXOS

CUESTIONARIO NO 1.

INSTRUCCIONES:

El presente instrumento consta de 6 preguntas orientadas a recabar información sobre las características socio- demográficas de madres atendidas en el Hospital Regional "Rafael Pascasio Gamboa" en el Estado de Chiapas.

El instrumento tendrá la duración de 10 minutos.

Escuche con atención cada una de las preguntas planteadas que a continuación, se le presenta a modo de alternativas que usted debe responder según criterio. Si usted tiene alguna duda puede pedir la aclaración respectiva.

DATOS GENERALES:

Dirección de la participante:

Edad del niño (a) menor de 2 años:

CONTENIDO:

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

1.- ¿Qué tipo de trabajo realiza usted?

- a.- Independiente a= 1
- b.- Dependiente b=2
- c.- Otros: d=4

Especifique:

2.- ¿Qué grado de instrucción tiene usted?

- a.- Sin nivel educativo a= 1
- b.- Educación inicial b=2
- c.- Primaria c= 3
- d.- Secundaria d=4
- e.- Superior No Universitaria. e=5
- f.- Superior Universitaria. f=6

3.- ¿Cuánto es su ingreso económico mensual, considerando el aporte de su familia en nuevos soles?

- a.- Alto: mayor de S/750.00 a=1
- b.- Bajo: menor de S/750.00 b=2

4.- ¿Cuál es su estado civil?

- a.- Conviviente a=1
- b=2

- b.- Separada () c=3
- c.- Casada () d=4
- d.- Viuda () e=5
- e.- Divorciada () f=6
- f.- Soltera

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

<p>5.- ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?</p> <p>a.- 12 – 17</p> <p>b.- 18 – 29</p> <p>c.- 30 a más</p>	<p>() a= 1</p> <p>() b= 2</p> <p>() c= 3</p>
<p>6.- ¿Cuál es su dirección?</p> <p>a. Zona Urbana</p> <p>b. Zona Periurbana</p> <p>c. Zona rural</p>	<p>() a=1</p> <p>() b=2</p> <p>() c=3</p>
<p>7.- ¿Qué grado de instrucción tiene usted?</p> <p>a. Sin nivel educativo</p> <p>b. Educación Inicial</p> <p>c. Primaria</p> <p>d. Secundaria</p> <p>e. Superior No Universitaria.</p> <p>f. Superior Universitaria.</p>	<p>() a=1</p> <p>() b=2</p> <p>() c=3</p> <p>() d=4</p> <p>() e=5</p> <p>() f=6</p>

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

¡Muchas gracias por su participación!

CUESTIONARIO NO 2.

INSTRUCCIONES:

El presente instrumento consta de 22 preguntas sobre lactancia materna, se le pide responder cada una de ellas con la debida sinceridad.

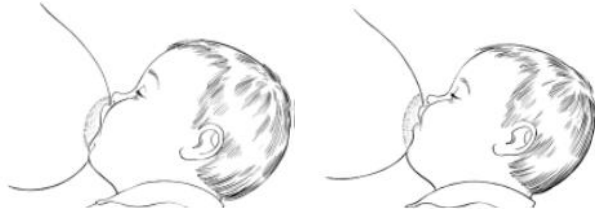
Escuche atentamente cada una de las preguntas planteadas que a continuación, se le presentara a modo de alternativas que usted responderá. Las preguntas poseen cuatro alternativas, pero solo una de ellas es verdadera, el cuestionario tendrá una duración de 25 minutos.

CONTENIDO

No.	ITEMS	CODIGO
1.-	¿Sabe usted que nombre recibe la parte negruzca o marrón del seno? a).- Glándula mamaria y pezón. b).- Areola y pezón. c).- Conductos lactíferos y areola. d).- No sabe.	() a= 1 () b=2 () c=3 () d=4
2.-	¿Qué es la Leche Materna? a).- Es el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo sano de su niño (a) b).- Es la alimentación del niño leche materna más agüitas. c).- Es la alimentación del niño con formula o leche de lata. d).- No sabe.	() a=1 () b=2 () c=3 () d=4
3.-	¿Qué entiende usted por Lactancia Materna Exclusiva? a).- Es la alimentación del niño con pura leche materna. b).- Es la alimentación del niño con formula o leche de lata. c).- Es la alimentación del niño con leche materna más agüitas. d).- Es la alimentación del niño con leche materna y otros alimentos.	() a=1 () b= 2 () c= 3 () d= 4
4.-	¿Hasta qué edad debe recibir su niño Lactancia Materna Exclusiva? a).- 2 meses b).- 4 meses c).- 6 meses d).- Más de 6 meses	() a=1 () b=2 () c=3 () d= 4
5.-	¿Hasta qué edad su niño debe mamar? a).- 6 meses. b).- 1 año. c).- 1 año y 5 meses.	() a=1 () b=2 () c=3 () d=4

- d).- 2 años
- 6.- ¿Qué es el calostro o primera leche? a=1
 b=2
 c=3
 d=4
- a).- Es el líquido abundante, transparente y se produce los 2 primeros días después del parto.
- b).- Es el líquido amarillento y espeso, se produce desde el nacimiento hasta el 3 a 4 días después del parto.
- c).- Es un líquido transparente y espeso se produce a los 7 días después del parto.
- 7.- ¿Por qué cree usted que es importante el calostro o primera leche? a=1
 b=2
 c= 3
 d= 4
- a).- Ayuda a una mejor digestión del niño.
- b) Protege al niño de infecciones.
- c).- Ayuda a la expulsión de las primeras deposiciones (meconio).
- d).- Todas las anteriores.
- 8.- ¿Por qué cree usted que es importante la leche materna para su niño(a)? a= 1
 b= 2
 c= 3
 d= 4
- a).- porque lo protege de enfermedades digestivas, respiratorias, infecciones de oído y alergias.
- b).- porque se asegura un crecimiento normal y saludable para el niño.
- c).- Porque se asegura que el niño tenga una mejor capacidad de aprendizaje en el futuro.
- d).- Todas las anteriores.
- 9.- La lactancia materna favorece el vínculo afectivo madre-hijo brindando: a=1
 b= 2
 c= 3
 d= 4
- a).- Seguridad al niño (a) ya que se siente protegido por su madre.
- b).- Ambos sienten satisfacción y gozo en cada mamada.
- c).- Se estimula el amor en el niño (a), desarrollando la confianza y el apego.
- d).- Todas las anteriores.
- 10.- ¿Cuándo cree usted que debe iniciar la lactancia materna? a= 1
 b= 2
 c=3
 d=4
- a).- Inmediatamente después del parto.
- b).- Después de 1 hora de haber nacido el niño (a).
- c).- Después del baño del niño (a).
- d).- Después que la madre descansa del trabajo del parto.
- 11.- ¿Puede decirme las razones porque la lactancia materna es buena para la mamá? a=1
 b= 2
 c= 3
 d=4
- a).- El útero se acomoda más rápido y da menos hemorragia después del parto.
- b).- Hay menos riesgos de adquirir cáncer de senos y ovarios
- c).- Evita la hinchazón y dolor de los pechos.
- d).- Todas las anteriores.
- 12.- ¿Cómo debe alimentar al bebé si usted trabajará o estuviera fuera de su casa? a= 1

- a).- Tendría que darle leche en lata. () b= 2
 b).- Le daría leche materna mientras este con mi bebe y leche en () c= 3
 lata cuando me separe de él. () d= 4
 c).- Extraería mi leche y se la dejaría para que le den en biberón.
 d).- Tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el
 trabajo y se la daría por jeringa o vaso.
- 13.- ¿Qué tiempo dura la leche materna guardada a temperatura () a= 1
 ambiente? () b= 2
 a).- 1 hora () c= 3
 b).- 3 horas () d= 4
 c).- 8 horas
 d).- No sabe
- 14.- ¿Qué tiempo dura la leche materna si se guarda en refrigeración? () a= 1
 a).- 8 días. () b= 2
 b).- 1 día. () c= 3
 c).- 2 meses. () d= 4
 d).- No sabe.
- 15.- ¿Por cuál de los dos senos debe empezar a dar de mamar al niño () a= 1
 (a) si ya mamo anteriormente? () b= 2
 a).- Por cualquier seno. () c= 3
 b).- Por el seno que no estuvo mamando anteriormente. () d= 4
 c).- Por el seno que está más lleno
 d).- Por el seno que estuvo mamando anteriormente
- 16.- ¿Qué otros beneficios conoce sobre la lactancia materna? () a= 1
 a).- Me da más tiempo para acariciar a mi bebé. () b= 2
 b).- Me ahorro tiempo, dinero y le da las nutrientes necesarios para () c= 3
 prevenir las infecciones y enfermedades. () d= 4
 c).- Calma su llanto y le quita el hambre.
 d).- Todas las anteriores.
- 17.- ¿Cuánto tiempo debe durar cada mamada? () a= 1
 a).- 15 minutos cada mama. () b= 2
 b).- 30 minutos cada mama. () c= 3
 c).- 5 minutos cada mamada. () d= 4
 d).- A libre demanda.
- 18.- ¿Cómo usted reconoce que su bebe está lleno? () a= 1
 a).- Cuando emana llanto. () b= 2
 b).- Produce sonidos al amamantar. () c= 3
 c).- Suelta el seno por sí solo. () d= 4
 d).- Voltea la cabeza buscando el pecho.
- 19.- En la siguiente imagen ¿cuál es la técnica correcta de colocar la () a= 1
 boca del niño al seno de la madre para el agarre? () b= 2



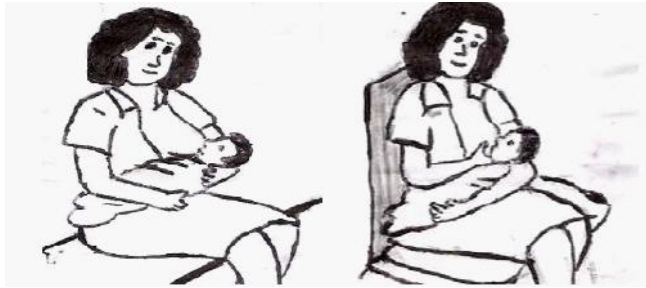
SUCCIÓN CORRECTA

a)

SUCCIÓN INCORRECTA

b)

- 20.- ¿Qué madres no deben dar de lactar a su bebe? () a= 1
 a).- Madres que tienen tos. () b= 2
 b).- Madres con VIH/SIDA. () c= 3
 c).- Madres que lavan mucha ropa. () d= 4
 d).- Madres que trabajan fuera del hogar.
- 21.- En cuál de las 2 imágenes muestra la técnica y posición correcta que debe de dar de mamar a su bebe. () a= 1
() b= 2



- 22.- ¿Quién le informó sobre la lactancia materna? () a= 1
 a) Personal de salud. () b= 2
 b) Familiares. () c= 3
 c) Personal de salud y familiares. () d= 4
 d) Otros () d= 4
 Especifique.....

OBSERVACIONES:

.....

¡Muchas gracias por su participación!

Cuestionario No. 2. De aplicación mediante entrevista grupal asistida.

REACTIVOS
1.- ¿Con qué nombres conoces las partes que forman al pecho materno?
2.- ¿Qué nombre le dan al calostro y a la leche materna?
3.- ¿Cuántas posiciones conocen para amamantar al bebé?
4.- ¿Cuántas veces al día se debe alimentar al recién nacido?
5.- ¿Qué beneficios tiene la mamá solo por amamantar al bebé?
6.- ¿Y qué beneficios tiene el bebé?
7.- ¿Que alimentación debe tener una madre durante la lactancia?
8.- ¿A qué edad comienza a dar alimentos blandos al bebé?
9.- ¿A qué edad se deja de amamantar al bebé?
10.- ¿De quién aprendió esos conocimientos?

REACTIVO 1	REACTIVO 2	REACTIVO 3	REACTIVO 4	REACTIVO 5
pezón	Suero	Acostada o sentada	Cada dos horas	Económico
Pezón, chichi	Suero	Acostada de lado	A cada rato	bajar de peso
Pezón	Suero	Acostada o sentada	Cuando llora	Económico y baja de peso
Pezón, aureola	Primera leche	Acostada, sentada, parada, de lado	Darle cada 4 horas	mejor dar leche y así no nos enfermamos
Pezón	Suero	De lado	Cada rato	Nos ayuda a no tener cáncer de mama
Pecho, pezón	Calostro o primera leche	Acostada, sentada, deladito	Cada media hora	Previene el cáncer
Pezón, aureola	Suero o calostro	Acostada, sentada, parada, delado	10 minutos cada pecho	así no hay enfermedad
Pechos, o senos	Calostro	Acostada, parada, abrazadito	A ratitos	evita que le salgan bolas en los senos
Pezones	Calostro	Sentada	Cada 3 horas o 3 veces al día	Para que no comprar leche
Pezones	Calostro	Acostada	Cuando lo pida	No comprar leche
Pezón	Calostro	Acostada, delado, sentada, montado	Todo el día	Previene para la mamá el cáncer de mama
Pezones	Suero y Leche	Acostada, sentada	Por cada 30 minutos	Prevenir cáncer, bolas en los pechos
Pezón	Calostro	Sentada, acostada	A cada rato	Se ahorra el gasto de comprar leche
Pezón, aureola	primer leche para fortalecer al bebé	Sentada, acostada, parada	30 minutos	Para bajar de peso y no comprar leche
Pezón	Calostro	Sentada	A cada rato	Para no darnos cancer de mama y bajar de peso
Mamas o pecho	Calostro	De lado	Seguido	Para no tener cáncer
Pezón o teta	Suero	Parada, acostada,	De 15 a 20 minutos cada chichi	Para bajar de peso
Pezón o chichita	Suero	Deladito, acostada, sentada	Cada que llora o cada 3 o 4 horas	No se embaraza, previene el cáncer de mama
Pezón o chichi	Leche o suero	Parada, acostada, sentada, delado	Cada rato	Economía, no quedar embarazada, bajar de peso
Pezón o chichi	Lecho o suerito	Sentada, delado, acostada, caminando	20 minutos por chichi	baja de peso y no se acumule la leche
Pezón o teta	La primera lechita	Sentada, acostada, delado, parada	A libre demanda	No se acumula líquido, económico baja de peso
Mamas o senos	Calostro	Acostada, deladito, sentada, parada	A libre demanda y 15 minutos en cada pecho	Previene el cáncer mama y no quedar embarazada
Mama, pezón, glándulas mamarias	Calostro	Sentada, acostada, parada	20 minutos en cada pecho	que la mamá se libre de adquirir cáncer mamario
Pezón	Calostro	Sentada, de balón, parada, de torito	20 minutos cada pecho	Evita el cancer, baja de peso, desinflama matriz y detiene sangrado
Pezón	Calostro	De ladito	A cada rato	Evita cáncer de mama, económica
Pecho, seno, pezón, aureola	Leche o calostro	Deladito	Libre de horario	Económico, evita cáncer
Pecho, aureola, pezón	Calostro o primera leche	De lado, parado, inclinado	Seguidito	Baja de peso, económico, no se acumula en los pechos
Pezón	Calostro	abrazado de lado	Cuando pida	No se acumula la leche
Pezón	Suero	Acostado, delado, parado	Cada 15 minutos por chichi	Para no se acumular leche y no de cáncer de mama
Pezón, pecho o chichi	Suero	Acostada, parado, sentado, delado	15 minutos por pecho	Bajar de peso y económica
Pezón, pecho o chichi	Suero	Acostado, embrocado	Constantemente	Bajar de peso y no se acumula la leche
Pezón	La primera leche o suero	Acostado y embrocado	De 15 a 20 minutos por pecho	Bajar de peso
Pecho, pezón	La primer leche es suero	Acostada de lado, sentada, cargado en cadera	Cada 15 minutos	que no salgan bolas en los pechos,
Senos, aureola, pezón	Calostro o suero	Abrazado como cunita, acostado en la pierna	Cada media hora	Nos protege del cáncer
Pezón	Suero	De lado, boca arriba, cruzadito	cuantas veces se requiera	Se le va luego la hemorragia
Pezón o pecho	Suero o primera leche	Acostados, sentados, parados	Cada que tenga hambre	Protegmos de enfermedades en los pechos
Pecho o pezón	Primera leche o calostro	Acostado, sentado o parado	20 minutos en cada pecho, cada 3 horas	Baja de peso
Pezón	Calostro	Acostada o sentada parada	Todo el tiempo que pida	Económico, baja de peso y desinflama la matriz
Pezón	La primera leche	Acostada de lado	en cada pecho aproximadamente 15 o 20 minutos	Bajar de peso
Pezón	Suero	Acostado, delado, sentado	10 o 15 minutos en cada pecho	no sube uno de peso, no tendremos cáncer de mama
Pecho o seno, aureola y pezón	Suero que contiene anticuerpos	Acostadas, sentada, parada	20 minutos a libre demanda	prevenir el cáncer de mama, bajar de peso
Pezón, pecho, senos, chichis	Suero, primera leche, calostro	Acostada, sentada o parada	Libre de horario	Ahorro, baja de peso y evitar el cancaer de mama
Pezón	Leche materna, y calostro primer leche	Acostada, sentada, deladito, parada, caminando	cuando lo pide el bebé	Evita cáncer, quistes, inflamación, economía
aureola	Primer leche	Acostada, sentada, parada, de lado acostada	cada 30 minutos o cuando lo pida	Cuerpo vuelve a normalidad, económico, evita cáncer de mama
Chichi, pezón, aureola	Primera leche o calostro	Sentada, acostada, parada	A libre demanda	No se compra leche ni mamilas y bajar de peso
Senos, pezón y aureola	Leche o calostro	Sentada	Cada que tenga hambre y 15 minutos por pecho	pierde el peso que se sube en el embarazo
Pezón	Calostro o primera leche	De lado	20 minutos en cada pecho	matriz se desinflama, no hay embarazo, baja de peso
Chichi, pezón, aureola	Calostro	Parada, acostada,	20 minutos cada pecho	Adelgaza el vientre y la gordura, no hay que gastar en leche
Pezón y aureola	Suero	Sentada, acostada,	A cada rato	No hay gastos en biberones ni en leche, no da cáncer de pecho.
Aureola, pezón, seno	Primera leche	Da lado acostadita	Cada tres horas cuando tenga hambre	No hay embarazo y el vientre disminuye
1.- un componente = 31/50	1.- un sinónimo= 47/50	1.- solo una posición= 13/50	1.- Libre demanda = 26/50	1.- Salud = 27/50
2.- dos componentes= 9/50	2.- dos sinónimos = 3/50	2.- menciona dos posiciones = 10/50	2.- de 10 a 30 minutos por pecho = 12/50	2.- Prevención de enfermedades 25/50
3.- tres componentes= 10/50		3.- Refiere tres posiciones =19/50	3.- Cada 15 a 30 minutos = 6/50	3.- Control Natal 5/50
		4.- Expone cuatro o más posiciones= 8/50	4.- cada 2 a 4 horas = 6/50	4.- Económico 19/50

REACTIVO 6	REACTIVO 7	REACTIVO 8	REACTIVO 9	REACTIVO 10
No se enferman	atole y verdura	a partir de los 6 meses	NC	con las mamás y abuelas
Los mantiene bien	tomar caldito de carne	NC	al año	con la nutrióloga
No se enferman	tomar atole y verduras	a los 6 meses	NC	mama y abuela
Crece sano	comer verduras y frutas huevos	NC	NC	mi abuela y mamá
Para sus huesitos	caldo de caracol, frutas y verduras	a los 6 meses	NC	por mi mamá
no les da enfermedad	pozo blanco, atole de maíz	a los 6 meses	NC	con mi suegra
Bebe crece sano	puras verduras, caldo de frijol, pozol blanco	a los 4 meses	NC	nuestros padres, suegras y nosotras que aprendemos
Es lo natural para el bebé y no se enferma mucho	comer sano, frutas	NC	NC	yo sola con la experiencia y necesidades
no se enfermen y crecen sanos	caldos de pollo y res con verduras, pozol, frutas	a los 3 meses	NC	con mi mamá
Crecen sanos	comer frutas y verduras y aguas naturales	a los 3 meses	NC	en el hospital
Un mejor crecimiento y no se enferman	frutas, pozol, atole	a los 6 meses	NC	con la familia y pláticas de salud y experiencia propia
Crecer sano y ayuda a prevenir enfermedades	verduras, mucha agua	a los 6 meses	NC	una sola aprendemos a ser mamás
Se enferman menos	líquidos abundantes, verduras, fruta, huevos, carnes	a los 3 meses	NC	mi mamá me enseñó
Les da salud crecen mas sanos	comer sano frutas, verduras, pozol blanco, puchero	a los 3 meses	NC	mi mamá y familia
no se enferman mucho	debe tomar mucha agua, comer frutas y verduras	a los 6 meses	NC	con mi suegra, amigas y pláticas
lo protege de muchas enfermedades	sopas de verduras, carne de pollo y res, frutas	NC	NC	mi hermana mayor y mi mamá
crecen fuertes y sin enfermedad	sopas de verduras, ensalada de frutas, carne asada	NC	a los 12 meses	mi mamá
son mas saludables y crecen más	comidas con verduras y carne, muchos líquidos	a los 6 meses	NC	por mi mamá
crecen sanos y no se enferman	tomar muchos líquidos, verduras, frutas	a los 6 meses	NC	con las personas mayores
previene enfermedades y crecen mas sanos	comer frutas y verduras y aguas naturales	a los 6 meses o al año	NC	mi mamá y la doctora
crecen sanos y no se enferman	tomar pozol, atole y verduras	a los 6 meses	NC	mi mamá y los médicos, a través de otras personas
crecen sano no se enferman, comen mejor y desarrollan mejor	agua, pozol, atole, cebada	a los 6 meses	NC	con mi mamá y familiares
no se enferman mucho desarrollan bien y se crían mas sanos	verduras, frutas, aves y res	a los 8 meses o al año	NC	mi mamá
previene enfermedades y crecen mas sanos	verduras, frutas, poca carne, pocas grasas y condimentos	a los 6 meses	NC	personas mayores, por la indicación de médicos
crecen sanos y no se enferman mucho	comer frutas atole y verduras	a los 6 meses	NC	mi mamá y abuelita
se desarrollan bien no se enferman, rapido crecen sus huesos	comer frutas y pozol	a los 6 meses	NC	con mi mamá y abuelita
tiene mas contacto con sus mama y crecen sanos	atole de ajonjolí, té de moringa o de hinojo	a los 6 meses	NC	con mi mamá y abuelitas
no se enferman y crecen más sanos	mucho atole, huevos verduras, agua	a los 3 meses o 6 meses	NC	mi mamá y partera
no inflama como la fórmula, mejores vitaminas y crecimiento	atole, frutas y agua	6 meses	NC	personas mayores de la familia
cada que tenga hambre, obtiene muchas vitaminas	tomar mucha agua, frutas	a los 3 o 4 meses	NC	abuelitas y mi mamá
crece mas sano	tomar atole, mucha agua, tomar caldos con carnes	a los 6 meses	NC	doctores y mi mamá
crecen bien sanos	tomar avena, y comer guisados con carne	a los 3 meses	NC	nutriólogas, mi mamá y parteras
se enferman menos, crecen sanos, se nutren, crecen mejor	comer verduras y bebidas nutritivas	a los 6 meses	NC	con mi mamá
crecen sanos, desarrollan mejor	frutas, verduras, caldos y carnes	a los 6 meses	NC	con mi madre
se nutren los bebés y los protege de cualquier enfermedad	atole de avena, agua, verduras y frutas	NC	al año	mis padres y hermanas
los protege de cualquier enfermedad, y se nutre el bebé	tomar muchos líquidos, verduras, frutas	NC	1 o 2 años de edad	mi mamá y mi suegra
se enferma menos de las infecciones	atole, avena con leche, huevos	a los 6 meses	NC	mama y suegra
para evitar muchas enfermedades y para que estén nutridos	comer frutas y verduras, carnes	a los 6 meses	NC	talleres, mis padres y médico
se nutren y se enferman menos	comer muchas verduras	de los 4 o 6 meses	NC	en talleres y mis familiares
se enferman menos, reciben mas nutrientes	tomar atoles comer res en caldo	a los 6 meses	NC	con doctores y mi mamá
crecen sanos y no se enferman mucho	verduras, agua y atoles	a los 9 meses	NC	abuelas y madre
no se enferman y crecen más sanos	verdura, mucha agua, frutas, pozol blanco, atole de amaranto	NC	a los 10 meses	de la madre, de la tía, de la doctora
se enferman menos, se nutren mejor, crecen mas rapido	atole, pozol, verduras, pescados y frutas	NC	al año	mi mamá daba consejos y pláticas con médicos
apego a mamá, se nutren, crecen mas sanos, se enferman menos	frutas y verduras, restricciones medicas	a los 4 meses	NC	mi mamá y tías
se vuelven mas cariñosos, se enferman menos, crecen sanos	atole de maizena, frutas frescas, pozol y caldo de pollo	a los 4 meses	NC	leyendo, mi mamá y médicos
protección contra enfermedades, mejor alimentación y nutrientes	beber muchos líquidos, comer carnes sin grasa, verduras cocidas	NC	NC	enfermeras, tías y mamá
no se enferma de infecciones	comer frutas y verduras y aguas naturales	NC	NC	mi abuela y mis tías
aguantan bien las enfermedades y para que estén nutridos	tomar pozol, atole y verduras	NC	NC	con la partera y mi tía
se nutren bien y se enferman menos	agua, pozol, atole, cebada	NC	NC	mamá y mi suegra
no les pega la enfermedad y se hacen fuertes	pozol blanco, caldo de verduras y carnes	NC	al año	mi mamá, tías y suegra
1.- Nutrición adecuada y Salud 42/50	1.- Grupo I 42/50	1.- Antes de los 6 meses 11/50	1.- No contestó 43/50	1.- círculo familiar primario 30/50
2.- Prevención de Enfermedades 37/50	2.- Grupo II 27/50	2.- A los 6 meses 25/50	2.- antes del año 1/50	2.- prestadores de servicios de salud 2/50
3.- apego neonatal 3/50	3.- Grupo III 19/50	3.- Después de los 6 meses 3/50	3.- Al año 5/50	3.- aprendizaje autogestivo 3/50
	4.- Restricciones nutricionales 1/50	4.- No contestaron 14/50	4.- Un año o más. 1/50	4.- Opción 1 y 2 juntas 14/50
	5.- Tomar muchos líquidos 18/50			5.- Opciones 1, 2 y 3 juntas. 2/50

