

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

DIVISION DE POSTGRADO E INVESTIGACION



DIFERENCIA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA
MATERNA Y SU PROMOCION ENTRE EL PERSONAL DE
SALUD EN CINCO MUNICIPIOS DEL ESTADO DE
NUEVO LEON.

TESIS

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL DE LOS
REQUERIMIENTOS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

POR

CARMEN MARIA PUCHOC ESTEBAN

CIB
Ej.1



65168

MONTEMORELOS, N. L.

NOVIEMBRE DE 1996



MONTEMORELOS, N.L. MEXICO

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

DIVISION DE POSTGRADO E INVESTIGACION



DIFERENCIA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA
MATERNA Y SU PROMOCION ENTRE EL PERSONAL DE
SALUD EN CINCO MUNICIPIOS DEL ESTADO DE
NUEVO LEON.

TESIS

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL DE LOS
REQUERIMIENTOS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

POR

CARMEN MARIA PUCHOC ESTEBAN

MONTEMORELOS, N. L.

NOVIEMBRE DE 1996

065168



MONTEMORELOS, N.L. MEXICO

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

**DIVISIÓN DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**DIFERENCIA DE CONOCIMIENTOS SOBRE
LACTANCIA MATERNA Y SU PROMOCIÓN
ENTRE EL PERSONAL DE SALUD EN CINCO
MUNICIPIOS DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN**

TESIS

**PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL DE LOS
REQUERIMIENTOS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

POR:

CARMEN MARÍA PUCHOC ESTEBAN

MONTEMORELOS, N.L. MÉXICO

NOVIEMBRE DE 1996

APROBACIÓN

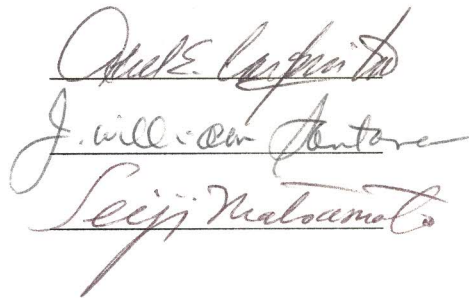
Aceptada por la División de Postgrado de la Universidad de Montemorelos, en cumplimiento parcial de los requisitos para alcanzar el grado de Maestría en Salud Pública.

COMISIÓN ASESORA DE LA INVESTIGACIÓN

Presidente: Dr. Abel Carpintero

Secretario: Dr. William Santana

Vocal: Dr. Seiji Matsumoto



Abel Carpintero
William Santana
Seiji Matsumoto

Aprobado por la Comisión

Fecha: 25 de Nov., 1996

AUTORIZACIÓN

Otorgo autorización a la Escuela de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Montemorelos para reproducir esta investigación, ya sea en forma parcial o total, únicamente para propósitos educativos, en el entendimiento que de ninguna manera se pueda utilizar para fines lucrativos de alguna persona o institución.

FIRMA _____

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'A. R. S.', written over a horizontal line.

Fecha: Noviembre, 1996

DEDICATORIA

A mis queridos Padres:

Rodrigo y **Estela**, a quienes admiro y amo profundamente, por su paciencia, ternura, impulso y ejemplo de amor y bondad.

A todos mis familiares:

Quienes en la distancia se acercaron a mí con sus oraciones y deseos vehementes de prosperidad.

A GRADDECIMIENTOS

A Dios: Por su mano sustentadora en todos los días de mi vida, cuyo Nombre alabo por esta bendición.

A mis queridos padres: quienes impulsaron mi vida con valor, cariño y entrega.

A Daniel y Ofelia: por su incalculable apoyo y comprensión.

Al Dr. Abel Carpintero: por su valiosa asesoría para realizar esta investigación, y por infundirme la importancia de la Salud Materno-Infantil.

Al Dr. Seiji Matsumoto: por la revisión detallada de esta investigación y por su incalculable generosidad.

Al Dr. William Santana: por su apoyo en el desarrollo de esta investigación y durante el periodo de la Maestría.

A la Familia Penniecook: por su amistad e incansable apoyo, orientación y entrega para culminar con uno de los objetivos más preciados de mi vida.

A mis amigos y amigas: quienes me dieron palabras de ánimo y esperanza.

*Por el dulce afán de bondad, amor y cuidado a **Reiko, Yukiko y Naoki.***

A los directores y al personal de salud de las instituciones donde se realizó esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

Lista de tablas

Lista de figuras

<i>Capítulo</i>	<i>Tema</i>	<i>Página</i>
Uno	Naturaleza y Dimensión del Problema	1
	Introducción	1
	El Problema	5
	Declaración del problema	5
	Preguntas a ser contestadas	6
	Hipótesis nulas	7
	Objetivos	8
	Delimitaciones	9
	Limitaciones	9
	Supuestos	9
	Justificación del estudio	10
	Trasfondo filosófico de la investigación	11
	Definición de términos	11
	Organización del resto del estudio	13
Dos	Revisión de Literatura	14
	Salud materno- infantil	14
	Crecimiento y desarrollo	15
	Apreciación del crecimiento	15
	Apreciación del desarrollo	17
	Lactancia materna	18
	Beneficios de la lactancia materna	19
	Aspectos ecológicos del amamantamiento	20
	Menor mortalidad infantil	20
	Mejor crecimiento y desarrollo	21
	Mayor protección inmunitaria para el niño	22
	Reduce la frecuencia de diversas enfermedades	23
	Menor riesgo de cáncer mamario	23
	Espaciamiento entre los embarazos	24

Cont. Capítulo Dos--Aspectos ecológicos del amamantamiento

Otros beneficios	24
Contraindicaciones de lactancia materna	25
Lactancia artificial	26
Leche de vaca	26
Riesgos de alimentación artificial	27
Obesidad	27
Mayor riesgo de asfixia y lesiones dentales	28
Caries por biberón	28
Alergias	28
Alimentación del niño en el primer año de vida	29
Características de una alimentación adecuada	30
Que sea suficiente para cubrir los requerimientos calóricos	31
Que sea equilibrada	31
Que sea completa	31
Que sea adecuada a la edad	31
Que sea estéril	31
Ablactación	32
Bases fisiológicas de la ablactación	32
Instrucciones para la ablactación	34
Guía de alimentación para el primer año de vida	36
Alimentación de la madre que lacta	37
Educación para la salud del niño	38
La práctica de la lactancia materna en México	39
Práctica de lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México	40
Algunos factores asociados a la duración de la lactancia materna	41
Algunos factores que influyen en el conocimiento de lactancia materna en el personal de salud	43
Plan de estudios	43
Perfil del egresado	45

<i>Capítulo</i>	<i>Tema</i>	<i>Página</i>
Cont. Capítulo Dos--<i>Algunos factores que influyen en el conocimiento de lactancia materna en el personal de salud</i>		
	Prácticas de campo	46
	Promoción de la salud	48
	Educación para la salud	49
	Antecedentes históricos	50
	Antecedentes conceptuales	50
	Objetivos y principios	51
	La educación para la salud y el médico	52
	La educación para la salud y el personal del equipo de salud	52
	Tipos de educación	54
	Educación individual	54
	Educación colectiva	55
	Materiales de apoyo utilizados en la educación para la salud	56
	Cartel	57
	Rotafolio	57
	Proyecciones de transparencias	57
	Proyecciones de diapositivas	57
	Películas o videos	58
	Promoción de la lactancia materna	60
	Organismos e instituciones que protegen, fomentan y apoyan la lactancia materna	60
	Hospitales "Amigo del Lactante"	62
	El fomento de la lactancia natural	65
	Alojamiento conjunto	67
	Objetivos del alojamiento conjunto	68
	Experiencia de algunos hospitales que promueven la lactancia materna	69
	Evaluación de programas "Hospital Amigo del Niño"	70
	Resumen Final	71

<i>Capítulo</i>	<i>Tema</i>	<i>Página</i>
Tres	Diseño y Metodología de la Investigación	73
	Diseño de la investigación	73
	Población del estudio	75
	Elaboración y descripción del instrumento	78
	Elaboración del instrumento	78
	Confiabilidad y validez del instrumento	80
	Recolección de datos	81
	Hipótesis nulas	82
	Análisis de datos	83
Cuatro	Resultados de la Investigación	84
	Datos demográficos	84
	Resultados	89
	Hallazgos	99
	Resumen	99
Cinco	Resumen, Conclusiones y Recomendaciones	102
	Resumen	102
	Conciusiones	103
	Recomendaciones	104
	Bibliografía	106
	Apéndice A -- Instrumento	116
	Apéndice B -- Carta	120
	Apéndice C -- Gráficas	122
	Apéndice D -- Tablas	142
	Apéndice E -- Análisis Estadísticos	145

LISTA DE TABLAS

Tabla	Título	Página
1	Encuesta Nacional de hábitos de lactancia y ablactación por la Secretaría de Salud en 1983	43
2	Países con mayor avance en el programa "Hospital Amigo del Niño"	63
3	Lista de hospitales certificados en México, según instituciones de salud	65
4	Distribución de la muestra en relación a la institución de trabajo	85
5	Distribución de la muestra en relación a la localidad	85
6	Distribución de frecuencias de acuerdo a la edad	86
7	Distribución de frecuencias en relación al sexo	86
8	Distribución de frecuencias de acuerdo a la nacionalidad	87
9	Distribución de frecuencias de acuerdo a la profesión y sexo	88
10	Distribución por años de trabajo (antigüedad)..	89
11	Análisis de covarianza de conocimientos sobre lactancia materna entre el personal de salud	90
12	Distribución de frecuencia en relación a conocimientos sobre lactancia materna	143
13	Análisis de covarianza de conocimientos sobre lactancia materna entre las instituciones donde labora el personal de salud	91
14	Análisis de correlación de Pearson entre antigüedad y e índice de conocimiento	92
15	Análisis de covarianza de conocimientos sobre lactancia materna entre el personal de salud de acuerdo al sexo	92
16	Frecuencia de impartir orientación sobre lactancia materna entre el personal de salud	93
17	Frecuencia de desarrollo e implementación de programas de promoción de lactancia materna de acuerdo a la profesión	94
18	Frecuencia de desarrollo e implementación de programas para promocionar la lactancia materna	95
19	Diferencia de métodos de apoyo utilizados para la promoción de la lactancia materna entre el personal de salud	96
20	Frecuencia de orientación y material de apoyo para promocionar la lactancia materna	144

Tabla	Título	Página
21	Análisis de Kruskal-Wallis sobre la auto-percepción de la capacidad para promocionar la lactancia materna entre el personal de salud . . .	97
22	Análisis de χ^2 sobre el lugar o medio principal de información sobre lactancia materna entre el personal de salud	98
23	Frecuencia de lugar o medio de información para capacitación sobre lactancia materna	99

LISTA DE GRÁFICAS

<i>Figura</i>	<i>Título</i>	<i>Página</i>
1	Institución de trabajo	123
2	Localidad de institución de salud	124
3	Distribución por edades	125
4	Sexo de encuestados	126
5	Distribución de profesiones por sexo	127
5a	Distribución de profesionales	128
6	Distribución de años de trabajo	129
7	Conocimiento sobre lactancia materna relación con criterios estándar ..	130
8	Institución en que labora--Conocimientos sobre lactancia	131
9	Asociación entre antigüedad y conocimientos sobre lactancia	132
10	Sexo de encuestados--relación con conocimientos sobre lactancia	133
11	Frecuencia de orientación sobre lactancia	134
12	Desarrollo de programas de promoción de lactancia	135
13	Han desarrollado programas de promoción	136
14	Métodos para promoción utilizados por personal	137
15	Auto-percepción de seguridad al dar orientación de lactancia	138
16	Media de auto-percepción de seguridad	139
17	Medio principal de capacitación sobre lactancia	140
18	Fuente principal de capacitación	141

CAPITULO UNO

Naturaleza y amplitud del estudio

De acuerdo a las notas e informaciones de la OMS en cuanto a la salud infantil, se menciona, que de los 12,9 millones de defunciones de niños menores de cinco años ocurridas en todo el mundo en 1990, según las estimaciones, se calcula que un tercio se produjo durante el primer mes y, con mucha frecuencia, durante la primera semana de vida. Esta falta de prevención de los problemas de salud y el bienestar del recién nacido se basa en cuatro principios asistenciales, entre los que se fundamenta la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento (Foro Mundial de la Salud, 1992: 91).

A pesar de sus ventajas, la incidencia y duración de la lactancia materna están disminuyendo, sobre todo en los países en desarrollo. En el contexto latinoamericano, México no constituye una excepción a estos hechos (Vega y González, 1993).

Cerqueira (1987) afirma que a partir de la Revolución Industrial se observó una marcada tendencia hacia el abandono de la lactancia materna en la mayoría de los países industrializados, tal fenómeno alcanzó rebasar las fronteras y penetrar en los países en desarrollo. En el caso de México, entre 1960 y 1966 se detectó la disminución de la practica de alimentar al seno durante los primeros seis meses de vida del niño. A su vez el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1978) menciona algunos resultados de

estudios realizados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el que se señala que únicamente el 37.8 % de las derechohabientes encuestadas en el Distrito Federal dio leche materna a su hijo a lo largo de 4 meses o más. En tanto, sólo el 36% de las mujeres interrogadas en Guadalajara amamantó a su hijo más de tres meses (Ibid 1981). En ambos casos la decisión de no dar pecho o suspender la lactancia en época temprana, en 75% de las mujeres fue que el personal médico les había recomendado la sustitución de la leche materna con productos industrializados y que el propio IMSS les proporcionaban latas de leche en polvo como una prestación laboral.

Pérez Escamilla y Dewey (1993) declaran que México tiene una de las peores tasas de inicio de la lactancia materna en el mundo entre los países en desarrollo y que alrededor de la mitad de todos los recién nacidos mexicanos no reciben leche materna después de los seis meses de edad.

Flores (1995) enfatiza que durante el primer año de vida, el amamantamiento es el centro de la alimentación de los niños por sus numerosas ventajas biológicas, afectivas y económicas. A pesar de esta importancia, el análisis de estudios epidemiológicos en México, revelan que desde los años sesenta, el amamantamiento es cada vez menos frecuente.

Numerosas investigaciones han estudiado los factores que inciden en la disminución del amamantamiento, concluyendo que los factores biológicos poco participan; en cambio, tienen más importancia los socioculturales e institucionales. Estos últimos se presentan porque, primordialmente en el curriculum de estudios de los

profesionales de la salud, se ha carecido de información científica referente a la importancia de la salud materno-infantil (Ibid: 298).

Gold, (1995:20) reafirma:

Aunque la alimentación al seno materno es considerada la mejor manera de nutrir al infante, gran número de médicos no han recibido capacitación para aconsejar a las mujeres cómo lactar a sus hijos. El conocer las técnicas adecuadas y los problemas potenciales, capacita al médico para promover la alimentación al seno materno a través de la práctica, así como guiar al aprendizaje de interés para el paciente.

Por esta razón, la OMS, junto con el Instituto para la Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown en Washington, D.C., Estados Unidos de América, y la Red Internacional de Acción para la Alimentación Infantil, se ha dedicado a revisar el contenido de los principales textos de medicina en lo que respecta a la lactancia materna y han dado a conocer que es necesario actualizar los textos cuanto antes (Práctica Pediátrica, 1994: 52).

En la revista Estado Mundial de la Infancia (1992:44) se refiere que "según estimaciones de la OMS, podrían salvarse en conjunto más de 1 millón de vidas infantiles cada año si todas las madres alimentasen sólo con leche materna a sus hijos durante los primeros cuatro a seis meses de vida"; La OMS y la UNICEF están promoviendo una serie de acciones gubernamentales destinadas a proteger y apoyar la lactancia natural en las maternidades y hospitales a fin de que se invierta la tendencia mundial a abandonar la lactancia natural (Foro Mundial de la salud, 1993:333).

Además, en la reunión del Comité Mixto de UNICEF y la OMS, celebrada en Ginebra en febrero de 1993, se comunicó que 122 países en desarrollo a los que pertenecen más del 95% de los lactantes y niños pequeños del mundo en desarrollo, han

tomado medidas para acabar con la práctica peligrosa de distribuir gratuitamente o a un precio muy bajo preparaciones para lactantes a las maternidades y hospitales y que 90 países en desarrollo y 14 países industrializados han iniciado el proceso encaminado a evaluar y certificar si los hospitales son "Amigos del Niño", en cuyo marco las autoridades sanitarias capacitan al personal y notifican los procedimientos hospitalarios para eliminar las barreras que dificultan la lactancia natural (Foro Mundial de la Salud, 1993: 333).

Daw, et al., (1994) mencionan, que algunos hospitales infantiles ya están otorgando tanta importancia a la educación sanitaria en este asunto, debido a que una gran parte de la morbilidad y la mortalidad de los lactantes se debe a que las madres no saben alimentar a sus hijos. Azcárraga (1992: 25) afirma: que "la salud de la madre y del niño se deben considerar como un objetivo prioritario para la medicina preventiva, debido a las dimensiones de la población que requieren atención y a la multitud de riesgos a la que esta se encuentra expuesta".

Así es como entre las estrategias utilizadas por el Programa de control de las Enfermedades Diarréicas en Cuba para reducir la mortalidad por diarrea en la población infantil entre 1962 a 1993, se consideró la educación en cuanto a la alimentación adecuada incluyendo la promoción de la lactancia materna, y la divulgación de la importancia de la lactancia materna enfocada a pediatras, osbtetras, enfermeras y a las madres a través de las consultas de gestantes y puericultura (Riverón, 1995: 201).

Una de las funciones más importantes del trabajo en el caso de los pediatras se agrupa en dos campos fundamentales: a) el apoyo a los docentes en la educación para la

salud en la escuela y, b) el establecimiento del Programa de Actividades Preventivas en atención al niño que se ha considerado universalmente como prioritario (Lozano, 1993: 183).

El Problema

Luengas Bartels (1995) declara que en México, "la desnutrición de lactantes reviste gran importancia por relacionarse con alta mortalidad debido a la carencia de alimentación al seno materno en la etapa temprana ya que el 11% de los niños se alimentan al seno materno hasta los tres meses de edad y la mayoría es destetado antes de los tres meses". Añade que esta es una situación grave que debe corregirse y para ello influyen en mucho los consejos del médico (Ibid, 1995).

Rodriguez Garcia y Schaefer (1991) afirman que "la promoción de la lactancia materna podría salvar cada año 1 millón de vidas infantiles en los países en desarrollo". Dorothy, (1975:34) enfatiza que, "es una cuestión sobre la que se dispone de mucho consejo de distintas disciplinas" en la que se tiene que trabajar en forma cabal. (Flores, 1995:299). Se deben de aplicar acciones educativas encaminadas a promover la lactancia materna desde el periodo prenatal hasta después del parto (Vega y Gonzalez 1993).

Declaración del Problema

En vista de la importancia del tema, surge la siguiente pregunta:

¿ Existe diferencia de conocimientos de lactancia materna y métodos utilizados para su promoción entre el personal de salud como: médico general, médico familiar, pediatra, gineco-obstetra, médico internista, médico cirujano, médico interno y residente,

licenciada en enfermería, especialista en enfermería, enfermera general, enfermera auxiliar, asistente médico, promotora, licenciada en nutrición, dietista, técnica en nutrición, pasantes y practicantes en general en diversas instituciones de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León ?

Preguntas a ser contestadas

Se espera responder a las siguientes preguntas por medio de esta investigación:

1. ¿Existe diferencia de conocimientos sobre lactancia materna entre el personal de salud referente al estándar de la OMS, UNICEF y la literatura y cuál es su nivel de conocimiento?
2. ¿Varían los conocimientos sobre lactancia materna del personal de salud de acuerdo a la institución donde laboran?
3. ¿Están asociados los conocimientos sobre lactancia materna a los años de servicio del personal de salud?
4. ¿Están relacionados los conocimientos sobre lactancia materna al sexo del personal de salud?
5. ¿Qué miembros del personal de salud dan más orientación a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna?
6. ¿Qué miembros del personal de salud desarrollan e implementan algún programa para promocionar la lactancia materna?
7. ¿Cuál es el material de apoyo que más utiliza el personal de salud para promocionar la lactancia materna?

8. ¿Quiénes del personal de salud tiene más seguridad al transmitir sus conocimientos sobre lactancia materna?
9. ¿Cuál es la institución o medio donde recibe el personal de salud mayor información para la capacitación sobre lactancia materna?

Hipótesis nulas

Todas las hipótesis se aplican al personal de salud en diversas instituciones de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León.

1. No existe diferencia significativa de conocimiento sobre lactancia materna referente al estándar de la OMS, UNICEF y la literatura pertinente entre el personal de salud en diversas instituciones de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León.
2. No existe diferencia significativa de conocimientos sobre lactancia materna entre las instituciones donde labora el personal de salud.
3. No existe asociación significativa de conocimientos sobre la lactancia materna entre el personal de salud y los años de servicio.
4. No existe diferencia significativa de conocimientos sobre lactancia materna entre el personal de salud de acuerdo a su sexo.
5. No existe diferencia significativa en la frecuencia de impartir orientación sobre la lactancia materna entre el personal de salud.
6. No existe diferencia significativa en la proporción que desarrollan e implementan algún programa para promover la lactancia materna entre el personal de salud.

7. No existe diferencia significativa de los métodos de apoyo utilizados para la promoción de la lactancia materna entre el personal de salud.
8. No existe diferencia significativa de la auto-percepción de la capacidad para promocionar la lactancia materna entre el personal de salud.
9. No existe diferencia significativa de institución o medio por el cual recibe mayor información para la capacitación sobre lactancia materna entre el personal de salud.

Objetivos

1. Valorar los conocimientos sobre lactancia materna del personal de salud en diversas instituciones de salud del estado de Nuevo León referente al estándar establecido por la OMS, la UNICEF y por la literatura sobre salud materno-infantil.
2. Identificar los métodos de apoyo utilizados por el personal de salud en diversas instituciones de salud del estado de Nuevo León, para promocionar la lactancia materna.
3. Conocer la autopercepción de la capacidad del personal de salud de diversas instituciones de salud del estado de Nuevo León, para promocionar la lactancia materna.
4. Conocer la frecuencia de impartir orientación sobre lactancia materna por el personal de salud de diversas instituciones de salud del estado de Nuevo León.

5. Identificar el medio o la institución donde recibe el personal de salud de diversas instituciones de salud del estado de Nuevo León mayor información para la capacitación sobre lactancia materna.
6. Saber si el personal de salud de diversas instituciones de salud del estado de Nuevo León desarrolla e implementa algún programa para promover la lactancia materna.

Delimitaciones

Este estudio se delimita a:

1. Personal de salud de diferentes especialidades cuya función incluye atender a la madre embarazada y lactante.
2. Al personal que labore en el Seguro Social o en Salubridad de los municipios de Allende, Cercado de Santiago, General Terán, Linares y Montemorelos del estado de Nuevo León.
3. A los datos obtenidos de las encuestas realizadas en las instituciones de salud escogidas para esta investigación

Limitaciones

Este estudio se limita a:

1. El personal que se encuentre en su lugar de trabajo en el momento de aplicar el instrumento.

Supuestos

Se supone que:

1. La población encuestada responderá de manera honesta.

2. La población sea una muestra representativa del personal de salud que labore en esas instituciones.

Justificación del estudio

En el Octavo informe sobre la situación sanitaria mundial (1990:83) se declara:

Cada año se gastan inútilmente entre mil y dos mil millones de dólares en tratamiento inapropiados de la diarrea y las infecciones respiratorias agudas. Casi todos los países en desarrollo han adoptado programas nacionales de lucha contra las enfermedades diarreicas para reducir la mortalidad y morbilidad correspondientes. Esos programas comprenden políticas, estrategias, objetivos y planes de acción aplicados como parte de la atención primaria de salud; en un buen tratamiento tanto institucional como domiciliario y desde 1985 confieren cada vez más importancia a las estrategias de prevención, en particular el fomento de la lactancia natural como alimentación exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses.

Gold (1995:20) declara que "Aunque la alimentación al seno materno es considerada la mejor manera de nutrir al infante, gran número de médicos no han recibido capacitación para aconsejar a las mujeres cómo lactar a sus hijos".

Rodríguez Moreno (1993:40) agrega que fomentar la educación sanitaria para promocionar y favorecer la instauración y prevalencia de la lactancia materna es un objetivo prioritario para la salud infantil. Además agrega que la promoción debe llevarse a cabo en dos niveles: a) promoviendo la educación y capacitación de los profesionales de la salud en materia de lactancia, y b) transmitiendo los conocimientos a la madre embarazada en la consulta prenatal, ya que es el medio idóneo para llevar a cabo dicha promoción.

Rodríguez García y Schaefer (1991) agregan, que la promoción de la lactancia materna para que sea exitosa debiera coordinarse entre el personal de salud que tiene contacto con las madres embarazadas o lactantes.

Este estudio es importante debido a la necesidad de saber si el personal de salud que esta en contacto con la madres embarazada y lactante está llevando a cabo la promoción de la lactancia materna y si sus conocimientos son adecuados.

Trasfondo Filosófico de la Investigación

Según White (1959 : 297) " El mejor alimento para el niño es el que suministra la naturaleza. No debe privársele de él sin necesidad. Es muy cruel que la madre, por causa de las conveniencias y los placeres sociales, procure libertarse del desempeño de su ministerio materno de amamantar a su pequeñuelo".

El verdadero médico es educador. Reconoce su responsabilidad, no sólo para con los enfermos que están bajo su cuidado personal, sino también para con la población en que vive. Es guardián de la salud física y moral. Su tarea no sólo consiste en enseñar métodos acertados para el tratamiento de los enfermos, sino también en fomentar buenos hábitos de vida y esparcir el conocimiento de sanos principios. (White, 1959:87).

Muchos violan las leyes de la salud por ignorancia, y necesitan instrucción. Pero la mayoría sabe cosas mejores que las que practica. Debe comprender cuán importante es que rija su vida por sus conocimientos. El médico tiene muchas oportunidades para hacer conocer los principios que rigen la salud y para enseñar cuán importante es que se los ponga en práctica. Mediante acertadas instrucciones puede hacer mucho para corregir males que causan perjuicios indecibles. (White, 1959:87-88).

Definición de Términos

Ablactación

Alimentación complementaria, se refiere a la introducción de alimentos distintos a la leche, es el primer paso para alcanzar la alimentación completa y variada. En pediatría se utiliza para referirse a la alimentación que se ofrece al lactante además de la leche materna.

Alimento sucedáneo

Es el alimento que se parece al natural (especialmente al de origen animal), en su aspecto, textura, aroma y color, y se utiliza como sustituto completo o parcial del alimento al que se parece.

Crecimiento

Es el aumento de masa corporal debido a la multiplicación celular y la formación protoplasmática. Ejemplos: aumento de estatura, aumento de peso, aumento de tamaño de los órganos.

Desarrollo

Es la diferenciación y especialización sucesiva de órganos y sistemas. Se refiere al desarrollo de habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización del niño. Por ejemplo el desarrollo de la coordinación motora, el caminar y el hablar.

Destetar

Suspensión de la alimentación al seno materno. El término literalmente significa "quitar la teta" y se refiere a la sustitución de la leche humana por otros alimentos. Se recomienda que el proceso sea gradual.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Organización que asegura a sus derechohabientes de cuidados médicos preventivos y curativos. Atiende de manera primordial a personas que tienen un empleo fijo.

Lactante

Para fines de salud pública es el niño menor de un año.

Lactancia

Es el periodo durante el cual la leche es el principal alimento del niño.

Subsecretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)

Organización que atiende las necesidades de salud de la población que no tiene un empleo fijo o regular.

Organización del Resto del Estudio

El propósito de este estudio es saber los conocimientos y métodos de apoyo que se utilizan para promocionar la lactancia materna entre el personal de salud de diversas instituciones de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León, México.

En el segundo capítulo de esta investigación se hace una revisión de la literatura en cuanto a la lactancia materna y su promoción. El capítulo tres trata el diseño y la metodología de la investigación describiendo la población estudiada, el instrumento empleado y la recolección de los datos obtenidos. En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación, así como las respuestas a las preguntas planteadas, la prueba de las hipótesis expuestas, y los hallazgos. En el quinto capítulo se presentan un resumen, conclusiones y recomendaciones del estudio.

CAPITULO DOS

Revisión de Literatura

Este capítulo presenta un repaso de la literatura actual que trata la labor de el personal de salud en la promoción de la lactancia materna. Se tratan los criterios aceptados en la actualidad como marco de referencia para valorar los conocimientos de personal de salud encuestado.

La literatura revisada en este estudio está organizada bajo los siguientes tópicos:

- ▶ *Salud materno-infantil*
- ▶ *Promoción de la salud*
- ▶ *Promoción de la lactancia materna*

Alvarez (1991: 201) declara:

La salud de las madres y de los niños ha sido uno de los objetivos más preciados de la salud pública, de la medicina en general y de la medicina preventiva. Desde el punto de vista de la salud pública los programas materno-infantiles son prioritarios, dada la magnitud de la población por atender, los riesgos a los que está expuesta y la eficacia de las acciones para su prevención y tratamiento. Por otra parte, la practica de la ginecoobstetricia y de la pediatría, más que en ninguna otra rama de la medicina, tiene un carácter eminentemente preventivo.

Salud materno-infantil

Según Alvarez (1991), la salud del niño es parte de la salud materno-infantil. Su importancia, tanto para la salud actual del menor, como por sus repercusiones futuras no

necesitan enfatizarse. En ella se aplican prácticamente todas las acciones propias de los niveles de prevención, entre los que se encuentran la promoción de la salud. Riverón (1995) menciona que una de ellas es a través del fomento de la lactancia materna por los beneficios múltiples para la salud y la nutrición del niño.

Crecimiento y desarrollo

El crecimiento y desarrollo son fenómenos propios de la niñez y de la adolescencia. Según Álvarez Alva (1991:219), en ambos fenómenos intervienen la herencia, el sistema neuroendócrino, el medio ambiente y la alimentación.

Langer (1983:18) declara. "El crecimiento y el desarrollo alcanzados durante la vida intrauterina, así como el de los dos primeros años de edad determinan, en gran medida, la calidad del futuro de cada niño".

Apreciación del crecimiento

El crecimiento se valora por el incremento del peso y de la talla y por la medición de los perímetros cefálico, torácico y abdominal (Álvarez 1991:220)

Durante el primer año, el niño crece y se desarrolla más rápidamente que en cualquier otra época de su vida. A los cuatro meses de edad se duplica el peso del nacimiento y al año se triplica; a los dos años se cuadruplica, y entre los 10 y 11 años, el niño pesa 10 veces más que al nacimiento. (Ibid).

Para una apreciación del incremento de peso en el niño, dentro de sus características particulares y no solamente por comparación con las cifras normales promedio de las distintas edades, se han ideado las curvas normales de distribución porcentual. Las más conocidas son de la Escuela de Salud Pública de Harvard, la de

Iowa y la de Wetzel. "La ventaja de utilizar estas curvas es que el progreso en el peso del niño se compara con los datos anteriores del mismo niño y no con las cifras promedio obtenidas de niños de su misma edad. Sin embargo, desde un punto de vista práctico, se utiliza la comparación con cifras promedio de niños de la misma edad." Alvarez, (1991: 221).

Se consideran normales las variaciones de 10% más o menos de dichas cifras, variaciones mayores por debajo de tales cifras muestran desnutrición y variaciones mayores por arriba de las cifras muestran obesidad.

Solange (1996: 69) menciona que "aunque la medición del incremento del perímetro cefálico es más útil para detectar anomalías del sistema nervioso central, durante los tres años de edad se considera un buen indicador del crecimiento y el estado nutricional". El perímetro torácico es al nacimiento de un centímetro menos que el cefálico; a los 6 meses es de 43 cm; al año de 47 cm y a los 5 años de 55 cm aproximadamente.

La talla al nacimiento es generalmente de 50 cm, se duplica a los cuatro años de edad y se triplica a los 13 años. Las curvas percentilares a las que se hizo mención en relación con el peso, se aplican también para la talla, lo que permite apreciar el incremento normal dentro del canal correspondiente y las variaciones que pueden presentarse (Alvarez, 1991).

Cabe recordar que uno de los factores externos que favorecen el crecimiento es el consumo de una dieta correcta como lo menciona Vega Franco (1984:5) "que el crecimiento es debido a la incorporación de nutrientes a nivel celular".

Apreciación del desarrollo

Según La Norma Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente (1994:10), "desarrollo es la diferenciación sucesiva de órganos y sistemas. Se refiere al desarrollo de funciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización". Para evaluar el desarrollo psicomotor desde el nacimiento hasta los 18 meses, se usan las tablas ideadas por Gesett que han sido modificadas por diversos autores. Se refieren a las conductas motoras, adaptativa del lenguaje y personal social. El desarrollo mental y emocional en el resto de la infancia, se investiga por medio de pruebas psicométricas, estudios psicológicos y de personalidad (Alvarez, 1991).

Alvarez (1991) agrega que con bastante frecuencia se presentan problemas de desarrollo o de adaptación del niño en los dos o tres primeros años de la vida y en la edad preescolar, estos problemas son como la anorexia psicológica, la enuresis, los berrinches y el negativismo entre otros que pueden deberse a la falta de oportunidad o a defectos en la formación de los hábitos elementales de la alimentación, de eliminación, de sueño o al incorrecto manejo de los hábitos emocionales de cariño, miedo, celos y enojo. También a esto se suman las actitudes inadecuadas de los padres como es la sobreprotección, consentimiento, preocupación excesiva por la salud del niño, o por el contrario, indiferencia o abandono, hostilidad, o exigencia desproporcionada en cuanto a sus capacidades reales.

Sánchez (1991: 160) aconseja "con el fin de vigilar el crecimiento y del desarrollo, el niño debe ser examinado mensualmente durante el primer año y cada 2 a 6 meses en la edad escolar".

Lactancia materna

Durante muchos años se ha sabido que el mejor alimento para el lactante es la leche materna. Salinas et al. (1992:124) declaran: "Doctores y nutricionistas han recomendado que la leche de la madre tiene propiedades que no se pueden fabricar artificialmente en la leche de la fórmula". Al respecto, Moreno Ruiz et. al., (1991:314) reafirman: "La leche humana es un alimento de características únicas que se adapta tanto a las necesidades nutricionales como a las limitaciones fisiológicas del recién nacido." En la revista Estado Mundial de la Infancia (1992:44) se menciona lo siguiente: "Según estimaciones de OMS, podrían salvarse en conjunto más de un millón de vidas infantiles cada año si todas las madres alimentasen sólo con leche materna a sus hijos durante los primeros cuatro a seis meses de vida." Según una declaración de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en su reunión conjunta sobre alimentación del lactante y el niño pequeño en 1979,

"la lactancia materna forma parte integrante del proceso reproductivo, es la forma natural e ideal de alimentar al lactante y constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del niño y recomiendan mantener la alimentación materna hasta los seis meses de edad, ya que durante ese periodo el organismo del lactante solo está preparado par asimilar la leche materna (Silva et. al., 1993:408).

La leche materna contiene todos los elementos necesarios para la buena nutrición del niño, como proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y agua en cantidad que requiere para su óptimo crecimiento. Las variaciones normales en la

composición de la leche dependen de varios factores, entre lo que destacan la etapa de la lactancia, el momento, el día, y en mínima proporción del estado nutricional materno (Secretaría de Salud en México, 1981).

Beneficios de la lactancia materna

Los beneficios de la lactancia materna son amplios y muy gratificantes tanto para el niño como para la madre, según Vega López y González Pérez (1993).

Aspectos psicológicos del amamantamiento.

La lactancia materna tiene gran importancia en el desarrollo emocional del lactante. Así lo considera Ramos Galván (1985). La completa invalidez del recién nacido, lo hace totalmente dependiente de su madre y siente la necesidad básica de estar seguro de ella, que es la otra mitad de él mismo. También es importante recordar que el lactante vive en un mundo de sensaciones, de comodidad o incomodidad, de placer o pena y que sus primeras experiencias son definitivas, rotundas y forman la base del sentimiento del niño con respecto a la vida (Ibid, 1985). No en vano afirmaba Freud que la neurosis se originan en la infancia. "No sin razón Biggar escribe que el tratamiento psiquiátrico o psicoanalítico es impresionante la enorme dificultad para ayudar a los niños que han tenido problemas de alimentación durante el primer año de vida". (Ibid: 1985: 605). Esto confirma la importancia de ofrecer en esta etapa de la vida en que todo es recibir, la leche materna, y si ésta se da en forma generosa y amorosa, el niño acepta el vivir como un don, una felicidad que no tiene porque rechazar.

Ramos Galván (1985) enfatiza también que la alimentación al seno materno es una experiencia insustituible, que va desde el sabor y la temperatura de la leche, hasta

la sensación táctil del pezón mismo, la peculiar fragancia de la piel de la madre, y el, tono muscular del brazo que lo sostiene y del dorso que sustenta a la generosa fuente de alimento. Además, existen otros beneficios gratificantes entre madre e hijo porque además de la satisfacción cuantitativa y cualitativa de los nutrimentos que requiere, el niño amamantado recibe constantes estímulos positivos a través de todos los órganos de los sentidos porque la madre lo acaricia, le sonríe con un rostro amoroso y éste a su vez adquiere un sentido de mutualidad, eminentemente social.

Foncerrada, citado por Ramos Galván (1980) agrega que la situación dependiente del recién nacido obligan a considerar tarea fundamental de los adultos, en especial la madre, la de satisfacer sus necesidades, pero la madre no está sola; forma parte de un ámbito social en el que recibe o no apoyo o estímulo del padre, la familia y el grupo. Por lo tanto de este escenario va a depender la satisfacción de tales necesidades y después, como fenómeno trascendental, permitirá o no se inicie el proceso de satisfacción de sus necesidades emocionales.

Aspectos ecológicos del amamantamiento.

"La alimentación al seno constituye un fenómeno de ecología humana de gran trascendencia" (Ramos Galván 1985: 607). De lo anterior se ha pretendido inferir que la alimentación al seno se manifiesta en cuatro hechos esenciales:

a. Menor mortalidad infantil.

Sorprendentemente es inaudito aceptar precisamente en los grupos humanos en los que el amamantamiento fue cada vez menos frecuente en los últimos 80 años, que la mortalidad infantil descendió en forma notable. Sería erróneo atribuir ese descenso al uso

de otros tipos de alimentación, sin considerar los factores que en verdad lo originaron y que se resumen en esa frase, " una mejor calidad de vida". Pero es cierto que cuando esa calidad de vida no se logra, la alimentación al seno protege al niño de una devastadora mortalidad, inclusive en ocasiones, la supervivencia se obtiene a expensas de la desnutrición de la madre y del niño mismo (Ramos Galván 1985).

b Mejor crecimiento y desarrollo

"Los niños amamantados al seno durante los primeros meses de la vida, tienen incrementos de peso menores que los registrados por aquellos alimentados artificialmente". (Vega 1984:94) Tal declaración pareciera desalentadora para algunos que creen que el buen crecimiento y desarrollo del niño está en que sea más grande y robusto comparado a otros niños de su misma edad. Pero esta declaración continua: "... tal circunstancia parece indicar que la alimentación al seno materno constituye una medida de prevención para evitar la obesidad en la infancia".

También hace diferencia de peso y talla relacionados con la alimentación con leche o fórmulas infantiles en países desarrollados, que el peso y la talla de lactantes alimentados con leche materna son menores que los de aquellos alimentados con fórmulas lácteas, a partir de los tres meses de edad (Solange, 1996). Sin embargo, menciona otros estudios de Nelson y colaboradores donde muestra que los primeros ocho días de edad, el incremento de peso de lactantes alimentados al pecho materno es menos rápido; de los ocho a los 42 días de edad, el aumento de peso es muy similar a lactantes que recibe fórmula, mientras que de los 42 a 112 días de edad, los niños alimentados con fórmula tienen mayor peso.

Poskitt (1992:42) agrega: "Muchos factores, distintos al tipo de leche que toma, influyen en el crecimiento del lactante. Sin embargo, una gran mayoría de los niños lactados al pecho, sin duda alguna, crecen excelentemente y su crecimiento puede ser tan rápido como lo es en los que toman leches de fórmula". Lacerva (1983) menciona que varios estudios han demostrado una relación entre la duración de la alimentación materna con la edad a la que el niño comienza a caminar, relacionando el amamantamiento prolongado con al locomoción temprana. Así mismo, la relación con la personalidad posteriores con resultados similares.

c) Mayor protección inmunitaria para el niño

La leche materna es rica en substancia inmunológicas, entre ellas la mayor cantidad de IgA que se ha demostrado su efectividad secretoria contra *Escherichia coli*, *Clostridium tetani*, *Salmonella*, *Shigella* y otras enterotixinas y viruas. Además la leche materna contiene células fagocitarias como macrófagos, leucocitos y linfocitos en cantidades suficientes como para provocar una respuesta inmune en el niño. También contiene otras substancias que pudieran desempeñar efectos protectores; estas incluyen el factor bifido, un factor antiestafilococos, complementos, lactoferrina, lactoperoxidasa, lisozima e interferón (Lacerva, 1983).

Los lactantes que no son amamantados corren un riesgo mayor de padecer diarrea que los amamantados parcialmente con leche materna, y estos a su vez, que lo que se crían al pecho exclusivamente. Estos riesgos relativos se manifiestan más acentuadamente durante los primeros meses de vida. La lactancia natural puede disminuir la gravedad de las enfermedades diarreicas y reduce enormemente su letalidad. (Memorándum de una reunión de la UJH y la OMS, 1991:499).

"La leche materna proporciona protección inmunológica contra la gastroenteritis, las infecciones respiratorias y las reacciones alérgicas" (Drew, 1987:19) Weren lo

reafirma (1993: 219): "Estudios realizados en algunos países demuestran que la mortalidad infantil por enfermedad diarreica es veinte veces superior en los niños con lactancia artificial que en los sometidos a lactancia materna"

d) Reduce la frecuencia de diversas enfermedades

Lacerva (1983) menciona el resultado de un estudio realizado en una comunidad rural de Nueva York, que consistió de 300 niños, en la que se encontró que la alimentación materna coincidió con un número significativamente menor de enfermedades durante el primer año. Las enfermedades más comunes en este estudio incluyeron la otitis media, difteria laríngea, bronquitis, bronquilitis, neumonía, gastroenteritis y cualquier enfermedad que requiere hospitalización, exceptuando traumatismos o cirugía.

e) Menor riesgo de cáncer mamario.

Ramos (1985:609) afirma: "En los grupos en los que prevalece la alimentación al seno, el cáncer mamario tiene una baja frecuencia". Además menciona diversos estudios epidemiológicos que precisan que el riesgo de adquirir cáncer mamario guarda relación con la edad en la que la mujer tiene el primer hijo, aumentando en cuanto mayor sea la edad en la que se embarace. También refiere que las mujeres casadas tienen menor riesgo que las solteras, posible razón sea el cese de la ovulación y los cambios hormonales afines que acompañan a los embarazos repetidos.

Es importante hacer referencia, los hallazgos de algunos investigadores, quienes encontraron en mujeres que tienen la costumbre de amamantar a sus hijos de un sólo

seno, que hay una mayor incidencia de cáncer en la glándula mamaria que no ofrecen a los niños (Vega 1984).

f) Espaciamiento entre los embarazos

Vega, (1984: 95) menciona: "Hasta años recientes se ha podido comprobar que la lactancia efectivamente suprime o retarda la ovulación". Aunque un año después (Ramos:1985) amplía este concepto relacionado con el reinicio de la ovulación y la menstruación en la madre lactante, se retrasa por lo menos diez semanas si la alimentación al seno es para el niño, completa, exitosa e irrestricta, pero el efecto anticonceptivo se reduce si dicha alimentación sólo es parcial y si se suplementa temprano con fórmulas lácteas u otros alimentos. Otros estudios también mencionan que existe una relación entre la nutrición de la madre y de la duración de la amenorrea posparto, pero que en realidad tiene poco que ver, y que lo importante es la conducta de succión del hijo (Ibid). Estudios señalan que la lactancia prolonga el intervalo entre los embarazos y consecuentemente, reduce la fertilidad natural (Soodeh y Bendouzi, 1991:122).

f) Otros beneficios

Drew, (1987) agrega otros beneficios tanto para el lactante como para la madre. Los lactantes alimentados con leche materna tienen menos problemas de digestión y estreñimiento y, por tanto, experimentan menos cólicos abdominales que los alimentados con biberón. También favorece el desarrollo facial y muscular contribuyendo a la aparición posterior de habla correctas. La madre que lacta ayuda a que el útero recupere con rapidez su tamaño normal, además proporciona una alimentación

económica, y lo más gratificante para ella es que se siente satisfecha por mantener un vínculo entre madre-hijo que le proporciona placer emocional. Linares et. al., (1989) declara que se ha demostrado que el aporte nutricional de folato es mejor en niños que reciben lactancia materna, situación que sigue siendo apreciable hasta los 12 años de edad.

El mejor estado nutricional con respecto al folato de los niños que reciben lactancia natural se ha atribuido al alto contenido de esta vitamina en la leche humana, mayor que en la leche de vaca pasteurizada o en polvo (Ibid). Por otra parte, los episodios diarreicos son menos frecuentes en los lactantes que reciben lactancia natural, lo que daría lugar a menos pérdidas digestivas de folato. Concluyen que para lograr un mejor ingreso nutricional de ácido fólico en el lactante es aconsejable la lactancia natural exclusiva, como única fuente láctea, durante más de 6 meses.

Contraindicaciones a la lactancia materna

Según Solange (1996:12): "Hay contraindicaciones absolutas de la lactancia materna como cáncer de mama, SIDA; hepatitis B e infección por citomegalovirus, así como el empleo de fármacos y sustancias como ciclofosfamida, metotrexato, cocaína, marihuana y heroína entre otros."

Según el Boletín Oficial Sanitario Panamericano (1996:62), en países con un alto nivel de mortalidad infantil, el peligro de muerte asociada con la transmisión de VIH y la leche materna es menor el riesgo de mortalidad asociado con la ausencia del amamantamiento. Sucede lo contrario en países en desarrollo donde la OMS desaconseja la lactancia al pecho cuando la madre es seropositiva y el estado serológico

del niño se desconoce. Además se agrega que la madre debe amamantarlo siempre que su estado lo permita.

Lactancia artificial

Leche de vaca

Tiene gran importancia el conocer la composición de la leche de vaca, especialmente sus caracteres bioquímicos. Se comporta de manera muy diferente a la leche de la mujer, especialmente en lo que se refiere a su fisiología nutricional y digestiva. La leche de vaca es un alimento para otra especie animal, cuyo crecimiento es mucho más rápido que el del lactante, el cual necesita por esta razón una menor cantidad de albúmina y sales minerales (Barón, 1965).

"La Academia Americana de Pediatría aseguró que los lactantes que consumen leche de vaca obtienen demasiado sodio, potasio y proteínas, pero no el suficiente ácido linoleico, Vitamina E y lo más importante, hierro. . . Además la leche de vaca provoca pérdida de sangre oculta en muchos lactantes antes de los doce meses de edad." (Atención Médica, 1993:63).

La revista *Práctica Pediátrica* (1994:9) asegura que la albúmina del suero de bovinos (ASB) presente en la leche de vaca podría causar diabetes mellitus con dependencia de la insulina (IDDM). En un estudio reciente se examinaron nueve fórmulas infantiles populares, leche de vaca al 2% y la leche materna para detectar la presencia de ASB. De cuatro fórmulas en polvo, tres tuvieron ASB, la cual también se detectó en la leche de vaca, pero no en las fórmulas líquidas ni en la leche materna.

La Academia Americana de Pediatría (Pediatría, 1992) recomienda que no se utilice la leche de vaca entera ni las fórmulas pobres en hierro durante el primer año de vida del lactante.

Riesgos de la alimentación artificial

a. Obesidad

Lacerva (1983) menciona acerca de las fórmulas que las madres mezclan tienen la posibilidad de estar dando una leche de densidad calórica mayor cuando se añade menos de la cantidad de agua requerida a la mezcla, lo que provoca sobrealimentación. Además agrega que con frecuencia se asegura que el niño alimentado con biberón duplica su peso antes que el amamantado, mientras que la obesidad se observa con menor frecuencia en los niños con lactancia materna.

La sobrealimentación en la lactancia también afectará los hábitos dietéticos y la regulación de la ingesta de energéticos más adelante en la niñez y en la vida adulta. De allí que los niños obesos pueden tener un mayor número de células adiposas permanentemente y, por lo tanto, subirán de peso con más facilidad cuando lleguen a la edad adulta que aquellos que han tenido peso normal en la niñez (Ibid).

Faltner (1981) también confirma lo anterior explicando la razón del exceso de peso en lactantes alimentados con biberón. Una razón es que se ignora la individualidad nutricional de lactante, y se le incita a ingerir un volumen establecido de alimento, basado en la "ingestión media recomendada". También puede producirse una ingestión excesiva de nutrimentos contenidos en los alimentos artificiales constituidos

principalmente por leche de vaca, como resultado de la inexactitud al reconstruir los alimentos.

Además agrega que en los lactantes alimentados con fórmulas existe cierta tendencia a comenzar la introducción temprana de sólidos no lácteos, generalmente en forma de cereales, durante los tres primeros meses de vida y con frecuencia antes de cumplir el primer mes (Ibid).

b) Mayor riesgo de asfixia y lesiones dentales

En un estudio realizado en Hermosillo México por Pérez Escamilla et. al. (1995) acerca de la auto-alimentación con biberón (dejar al lactante que se alimente con un biberón por sí sólo) indican que la muerte por asfixia en el lactante se puede atribuir a que muchas madres cubrían a sus hijos con tela de malla para protegerlos de los insectos. Otro problema para el niño alimentado con biberón es que probablemente reduzca el contacto del bebé con la persona que lo alimenta, lo cual podría entorpecer su desarrollo psicológico así como predisponer a lesiones dentales cuando el lactante le salgan sus primeros dientes.

c) Caries por biberón

Los lactantes alimentados con un biberón con fórmula o jugo azucarado, es probable que presenten caries por la exposición prolongada de los dientes a la fórmula. Esto no se presenta en los niños que reciben alimentación materna, aunque se administre varias veces durante la noche (Lacerva, 1983).

d) Alergias

Keith (1983) comenta que entre las manifestaciones de la alergia se cuentan las siguientes: urticaria, erupción ecematosas, síntomas respiratorios, vómitos y diarrea. La hipersensibilidad a una de las proteínas de la leche de vaca (lactalbúmica, lactoglobulina y caseína) es uno de los hallazgos más comunes en este padecimiento. Los alérgenos más comunes incluyen las globulinas de ella. Los lactantes vulnerables manifiestan reacciones alérgicas cuando se introducen alimentos sólidos, sobre todo huevo, trigo, cítricos y pescado.

Alimentación del niño en el primer año de vida

Durante los últimos decenios, han ocurrido cambios importantes en la alimentación de lactantes y niños en general. Actualmente se aplican bases científicas en la elaboración de las recomendaciones internacionales como aquellas que dictamina el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Pediatría en gastroenterología y Nutrición, de la academia Americana de Pediatría y de otros organismos de autoridad normativa como es la OMS y la UNICEF en cuanto a la alimentación del niño en el primer año de edad. Los estudios realizados en gastroenterología pediátrica en etapas fetales y primeros meses de vida del lactante han permitido obtener amplios conocimientos de diferentes aspectos del desarrollo de las vías gastrointestinales, así como definir requerimientos y necesidades de nutrimentos y beneficios de la lactancia materna (Asociación Mexicana de Pediatría, 1996).

La adecuada nutrición es uno de los principales factores para el crecimiento y desarrollo normales. Siendo que en la etapa del lactante durante los primeros cuatro

meses de edad es cuando más rápido se da el crecimiento y no vuelve a presentarse en ninguna otra etapa de la vida, es imprescindible proporcionar una dieta adecuada de nutrimentos que le ayudará a tener un crecimiento normal y lograr desarrollar todo su potencial (Vásquez, 1996).

Tal importancia con respecto a la alimentación durante el primer año de vida, es debido a que en el lapso de un año solamente aquella tiene varias modificaciones que comprenden desde la alimentación al seno materno o la introducción de fórmulas industrializadas, ablactación y destete, hasta la incorporación completa del niño a la mesa familiar.

Para proporcionar una alimentación óptima al lactante es importante tomar en cuenta algunas bases que constituyen los objetivos de una buena alimentación: 1) mantener los tejidos corporales, así como una adecuada composición corporal, 2) proveer energía para el depósito de nuevos tejidos, y 3) considerar variaciones individuales de los requerimientos. Entendiéndose así que una alimentación normal hace posible, a quien la consume, conservar las características bioquímicas particulares de la salud y del momento de desarrollo en que vive, es decir, "permite perpetuar a través de varias generaciones los caracteres del individuo y de la especie" como lo menciona Ramos Galván (1995:11).

Características de una alimentación adecuada

Alvarez (1991) citando a Escudero afirma que para lograr una correcta nutrición, esta debe poseer las siguientes características:

1. **Que sea suficiente para cubrir los requerimientos calóricos.** Dentro del primer año de la vida, el total de calorías necesarias es de 100 calorías por kilo de peso y por día para el lactante normal.
2. **Que sea equilibrada.** La alimentación es equilibrada cuando el requerimiento calórico es cubierto por una armonía en las proporciones de los nutrimentos como hidratos de carbono, proteínas y grasas. Cuando el niño recibe una dieta desequilibrada, rica en hidratos de carbono y pobre en proteínas, además calóricamente insuficiente, el resultado es la desnutrición calórica-proteica.
3. **Que sea completa.** La alimentación es completa en calidad cuando tiene todos los nutrimentos. Además de los ya mencionados, se proporcionan al niño, vitaminas, minerales y agua (Alvarez, 1991).
4. **Que sea adecuada a la edad.** Dos aspectos deben ser considerados al respecto: la adecuación a la fisiología del aparato digestivo, y la adecuación a la fisiología del organismo como un todo. En esto cabe agregar lo que menciona Ramos Galván (1985:17-18) que la alimentación adecuada debe ser: a) la mejor desde el punto de vista nutricional, b) la más limpia posible, c) económica, d) y lo más agradable posible (Alvarez, 1991).
5. **Que sea estéril.** El más importante de los requisitos para una correcta nutrición, es que el alimento sea estéril, es decir, libre de contaminación microbiana (Alvarez, 1991). Es particularmente importante en los primeros años de la vida ya que si no se cumple, puede ocasionar enfermedades y aún la muerte del niño. En este aspecto se hace énfasis que es una seria desventaja para el niño una alimentación desequilibrada,

deficiente en calorías, además de estar contaminado el alimento. El niño cae en un círculo vicioso: desnutrición-enfermedades; más desnutrición-más enfermedades infecciosas y consecuentemente peso y talla bajos para su edad y un retraso mental difícilmente recuperable.

Ablactación

Se entiende por ablactación o alimentación complementaria a la introducción de alimentos distintos a la leche. Es el primer paso para alcanzar la alimentación completa y variada. Se recomienda que se inicie entre el cuarto y sexto mes de edad, si se ablacta antes puede presentarse intolerancia al alimento, porque el sistema digestivo todavía está inmaduro (Salinas 1992). "Durante su crecimiento, el lactante menor de cuatro meses difiere del lactante de seis meses o del preescolar, requiere de una cantidad sustancial de energía, proteínas y de otros nutrimentos" (Vásquez, 1996:67).

Bases fisiológicas de la ablactación

La importancia de la ablactación tardía como factor para evitar enfermedades diarreicas se ha mencionado en varios estudios, demostrándose que existe una relación entre el inicio de la ablactación y el aumento en los índices de diarrea (Solange, 1996). Solange (1996:96) añade que "Cuando se comienza una ablactación temprana, los índices de prevalencia de diarrea se duplican ya que se introducen fuentes adicionales de contaminación en los líquidos y biberones, y estos pueden convertirse en vehículos para la transmisión de gérmenes patógenos entéricos". Y no solamente es la diarrea. En un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (Luengas 1995) se observó que un gran número de niños sufrían de desnutrición por la carencia de alimentación al

seno materno en la etapa temprana; 11% de los niños se alimentaba al seno materno hasta los tres meses de edad y la mayoría era destetada antes de los tres meses. Esta realidad es una situación grave que debe corregirse y para ello influyen mucho los consejos del médico, y la enfermera que está en contacto con la madre que asiste a sus consultas prenatales (Ibid).

En la actualidad los beneficios de la ablactación tardía están bien establecidos, y se basan en el conocimiento de la maduración intestinal del lactante. Se sabe que después del nacimiento, la barrera mucosa intestinal permanece inmadura por algún tiempo. Diversas investigaciones han demostrado que el intestino del lactante es permeable a macromoléculas durante los primeros cuatro a seis meses de vida posnatal. "Se ha observado mayor incidencia de alergias alimentarias y de otro tipo en niños que reciben proteínas extrañas antes de los seis meses". (Solange, 1996:96).

Según Langer (1983) la determinación de la edad más recomendable para el inicio de la ablactación es el desarrollo del aparato digestivo del lactante. Por ejemplo, las sustancias digestivas indispensables para la digestión y absorción de las grasas, las sales biliares, no se sintetizan en cantidad suficiente y en forma madura antes de los seis meses de edad. En cuanto a la permeabilidad exagerada de la pared intestinal, persiste aproximadamente hasta los seis meses de edad, por lo que las moléculas proteínicas grandes pueden pasar el torrente circulatorio. Por lo que desde el punto de vista biológico y nutricional, la edad necesaria y óptima para la ablactación se ubica entre los cuatro a seis meses de vida.

Solange (1996) considera algunos parámetros para determinar el inicio de la ablactación, como es el desarrollo neurológico al sexto mes postnatal, enzimas gastrointestinales como la amilasa pancreática que aparece entre el sexto y noveno mes de edad, inmadurez renal que logra la normalidad hasta el sexto mes de edad y factores alergénicos entre el cuarto y sexto mes de edad. Al iniciarse con la ablactación, la leche continúa cubriendo los requerimientos proteínicos del lactante, por lo que aún no es necesario ni conveniente introducir alimentos ricos en proteínas (Langer, 1983).

Instrucciones para la ablactación

Para iniciar con la ablactación Vega y Salinas (1984, 1992) sugieren algunas instrucciones para la madre teniendo, presente que ésta cumple una doble función: nutrir al niño y educarlo en materia de alimentación.

- * Deberá iniciarse con un solo alimento, esta medida permite conocer la tolerancia del niño al nuevo alimento.
- * Si alguna comida no llegara a gustarle, no lo force, deje pasar unas semanas y vuelva a ofrecérsela.
- * Con frecuencia los alimentos dados por primera vez son rechazados. Comience con pequeñas probaditas y progresivamente vaya aumentando la cantidad hasta que el niño se acostumbre a la consistencia y sabor del alimento ofrecido.
- * Es recomendable que los alimentos sean preparados en casa y no deben ser adicionados con sal.

- * No deben emplearse alimentos enlatados ya que contienen conservadores, entre ellos un alto contenido de sodio que pueden perjudicar al lactante. Además con frecuencia presentan una alta proporción de plomo, sustancia tóxica.
- * Tampoco es recomendable las frutas en almíbar, por ser excesivamente dulces, porque puede distorsionar la incipiente noción de sabor del niño.
- * Se debe evitar la mezcla de cereales, huevo o algún otro alimento, en la leche del biberón.
- * Es importante tener presente si existen antecedentes de alergia en los padres, o en la familia de estos. Es recomendable que los cítricos y el huevo sean introducidos hasta después del año de edad.
- * A medida que se introducen los alimentos semisólidos y sólidos en la dieta, el bebé reduce progresivamente el volumen de leche que ingiere.
- * La cantidad de alimento ofrecido al niño debe incrementarse lentamente.
- * Es recomendable ofrecerle los alimentos al niño con una cuchara, y si va a tomar alguna bebida, servirle en una taza.
- * El horario de su alimentación debe ser ajustado al de la familia, y sobre todo al de la madre.
- * Para prevenir enfermedades estomacales, deberán lavarse las manos con agua y jabón, así como las frutas, verduras y utensilios necesarios. Al preparar los alimentos se empleará agua hervida.

La ablactación, según Langer (1983) se refiere a la introducción de nuevas fuentes de nutrimentos, mientras que el destete representa la separación del seno materno. Para

que el niño recorra satisfactoriamente este proceso de maduración en la alimentación, es esencial que el destete sea gradual y progresivo, ya que la leche materna continúa siendo, durante varios meses, la fuente fundamental de proteínas. Por lo tanto, es adecuado iniciar con el destete al sexto mes de vida, aclarando que deberá ser gradual.

Guía de alimentación para el primer año de vida

Según Salinas et al. (1992), se recomienda la leche materna exclusiva para el lactante por lo menos entre los cuatro a seis primeros meses de edad. Por lo tanto la ablactación tardía es mejor hasta los seis meses. La siguiente es una guía de alimentación para el primer año de vida, proporcionada por Salinas et. al., (1992).

Edad	Recomendaciones
4 meses	Jugo de frutas: deberá estar diluido con agua. Evitar las frutas cítricas como la naranja, fresa, sandía, piña y melón.
5 meses	Además de lo anterior agregar: Cereal: Comience con cereal precocido de arroz, después avena y cebada. No mezclar en una sola toma. Empezar con una cucharada.
6 meses	Además de lo anterior agregar: Verduras: Se puede empezar con puré de zanahorias, papas o chayote, entre otras.
7 meses	Además de lo anterior agregar: Derivados de la leche
8 meses	Además de lo anterior, agregar: Pastas, tubérculos, caldo de verduras y leguminosas
9-12 meses	La dieta a estas edades deberá estar integrada a la comida familiar. Los alimentos pueden darse picados.

Según Drew (1987), hay ciertos alimentos que deben evitarse en la infancia:

- * Algunos alimentos como frutas con semilla, zanahoria cruda, pescados, caramelos.
- * Evitar los dulces, cereales recubiertos de azúcar, salsas, condimentos, refrescos, zumos de frutas con sabores artificiales.
- * La miel debe evitarse en los niños menores de un año ya que tiene el riesgo de estar contaminada con esporas de *Clostridium botulinum*; el crecimiento de estas bacterias y la producción de toxinas puede producir botulismo infantil tipo B.
- * Alimentos que suelen producir alergia como la leche fresca, productos lácteos, huevo, trigo, maíz, cacahuates, cacao, pescados, cítricos, fresas, tomates. No introducirse tales productos sino hasta haber cumplido un año de edad.

Alimentación de la madre que lacta

Según Drew (1987) existen algunos principios para una dieta materna en el periodo de lactancia.

- * El éxito de la lactancia materna requiere de una dieta equilibrada y reposo suficiente. Recomienda aproximadamente 800 calorías diarias para producir un litro de leche. De esta cantidad, 500 calorías serán suministradas por la dieta y las otras 300 por las reservas maternas de grasa acumulada durante el embarazo.
- * La madre puede cubrir estas necesidades aumentando la ingesta recomendada con tres raciones de proteínas, como lácteos y leguminosas, tres raciones de pan y cereales, y una ó dos raciones de frutas y vegetales.

- * Si el peso de la mujer disminuye a menos del habitual antes del embarazo, debe aumentarse la ingesta calórica diaria para mantenerlo.
- * Las madres suelen perder peso durante el período de la lactancia.
- * Debe de haber un consumo de agua para tener suficiente cantidad de leche.

Educación para la salud del niño

Según White (1975:297), "Difícil sería exagerar la importancia que tiene el hacer adquirir a los niños buenos hábitos dietéticos. Necesitan aprender que comen para vivir y no viven para comer. Esta educación debe comenzar cuando la criatura está todavía en brazos de su madre".

Esta afirmación es bastante clara en la que enfatiza iniciar con la formación de los buenos hábitos alimentarios desde la primera etapa de la vida del niño, a través de una adecuada educación.

Puede ser útil recordar algunas consideraciones importantes para el éxito de la educación del niño. Las necesidades educativas del niño están íntimamente ligadas a sus necesidades afectivas, a la necesidad fundamental de ser amado. Pero el descuido, el desinterés, la falta de respeto a la individualidad del niño, frustan cualquier intento en su educación. (Alvarez 1991:231).

El Doctor De la Fuente afirma:

"Las únicas personas capacitadas para educar al niño son aquellas que además de amarlo, ejercen sobre él formas racionales de autoridad, es decir, le ayudarán a desarrollar sus potencialidades innatas para la libertad y la productividad, lo hacen responsable, le facilitan su incorporación a valores éticos adecuados a la naturaleza humana, y le ayudan a la expansión progresiva de sus vínculos con la humanidad".

"... los padres no pueden dar lo que no tienen, aunque en teoría sepan lo que sus hijos necesitan, porque el niño aprende más por el ejemplo, que por la práctica; y las fuerzas poderosas que modelan su

caracter son las actitudes arraigadas en el carácter de sus padres, por ser los influjos más persistentes y continuos" (Alvarez 1991:232)

El amor y la autoridad bien entendidos son ineludibles para la educación del niño.

La práctica de lactancia materna en México

A partir de la revolución industrial se observó una marcada tendencia hacia el abandono de la práctica de la lactancia materna en la mayoría de los países desarrollados. Décadas más tarde se produjo un tremendo descenso en las tasas de mortalidad infantil, lo que fue erróneamente interpretado como una evidencia de que el mejor método para alimentar a los recién nacidos era el biberón. A tal grado se difundió esta creencia equivocada que la industria comenzó a producir fórmulas sustitutas de la leche materna así como utensilios para prepararlas y administrarlas (Cerqueira, 1987). Todos estos productos adquirieron rápida popularidad y propiciaron un abandono aún más acentuado de la lactancia al seno materno. El fenómeno rebasó las fronteras de los países industrializados e hizo acto de presencia en los países en desarrollo, con fatales consecuencias. En el caso de México, desde los años sesenta también se observó una marcada tendencia hacia el abandono de la lactancia materna (Flores, 1995)

Después de un análisis más cauto y detallado, se comprobó que la mejora en las condiciones sanitarias de las viviendas, la introducción del drenaje, el agua potable y los servicios de salud materno infantil, fueron los verdaderos responsables de la disminución de las tasas de mortalidad infantil en Inglaterra, y no las leches industrializadas administradas en biberón, como al principio se presumió (Cerqueira, 1987).

En México, como lo afirma Luengas Bartels (1995), la desnutrición de lactantes reviste gran importancia por relacionarse con alta mortalidad debido a la carencia de

alimentación al seno materno hasta los tres meses de edad y la mayoría es destetado antes de los tres meses.

Las tasas de amamantamiento son mayores en las áreas rurales que en las urbanas; en las primeras, las tasas de inicio son prácticamente del 100%, desde el nacimiento hasta los cuatro meses la leche materna es prácticamente el alimento exclusivo, y para el año de edad más de la mitad de los niños aún son amamantados.(Cerqueira, 1987).

Práctica de lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México.

Los datos publicados e inéditos sobre la lactancia materna en México (Pérez Escamilla y Dewey, 1993) que fueron recopilados entre 1958 y 1987 sugieren que las tasas de inicio de la lactancia materna en ese país (78-83%) se encuentran entre las más bajas de los países en desarrollo e indican que la tasas de inicio fue mayor en las zonas rurales que en las urbanas en el año de 1979 y 1987. Además mencionan que la duración promedio de la lactancia en los años setenta fue de 30 a 52% a los seis meses, mientras que en la década de los ochenta estas tasas variaron entre 12 y 49%, y que alrededor de la mitad de todos los recién nacidos mexicanos no reciben leche materna después de los seis meses de edad. Estos resultados reflejan la gran importancia para la definición de las políticas de la salud el hecho de que la lactancia materna sea de menor duración en las zonas urbanas, ya que es en ellas donde habita 72% de la población.

En México, una zona "rural" se define como una localidad de menos de 2500 habitantes; una zona "urbana", como una de 2500 habitantes o más, y una zona "metropolitana" como aquella que forma parte de la Ciudad de México (19,4 millones de

habitantes), Guadalajara (3,1 millones de habitantes) o Monterrey (2,9 millones de habitantes) (Pérez Escamilla y Dewey, 1993).

A pesar de sus ventajas, la incidencia y duración de la lactancia materna están disminuyendo notablemente en México. Sólo algo más de la tercera parte de las madres que viven en zonas urbanas amamantan a sus hijos durante más de tres meses. Vega López et al. (1993).

Según Cerqueira (1987) los resultados de la Encuesta Nacional de Hábitos de lactancia y ablactación, llevada a cabo por la Secretaría de Salud en 1983 reafirman lo anterior y permiten apreciar que este comportamiento también afecta a las zonas rurales ya que el 32% de las mujeres del medio urbano y el 15% de las del ámbito rural no amamantaron a su último hijo, lo que significa que se alimentó con biberon a estos niños desde su nacimiento. El 35% de las madres de áreas rurales y el 42% de las zonas urbanas indicaron que habían iniciado la lactancia al seno materno, pero la suspendieron antes del tercer mes de vida del niño, sustituyendo a la leche materna por diversos tipos de leche industrializada.

Algunos factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna

Vega López y González Pérez (1993) realizaron un trabajo de investigación en áreas de la zona metropolitana de Guadalajara, México, en la que se caracteriza la duración de la lactancia materna en madres de derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social residentes en Tlaquepaque y Tonalá. Indican que pocas madres amamantan a sus hijos en estas áreas, pues el 34,8% de los niños son amamantados durante menos de un mes, y se identificaron tres factores de riesgo que se asociaron con

el destete precoz: la edad de la madre menor de 20 años, pertenencia a un grupo social "no obrero" y el hecho de que la madre no estuviera casada. Por otro lado, se observó que la relación entre la pertenencia a un grupo social diferente del obrero y del destete precoz parece explicarse por la tendencia tradicional de las mujeres con mayor escolaridad a no dar de mamar durante períodos prolongados, ya sea por intereses profesionales, estéticos o por los patrones antes mencionados. Al respecto Cerqueira (1987) también afirma que en las sociedades industrializadas las mujeres con mayor escolaridad son quienes practican hoy en día la lactancia materna y en los países en desarrollo, como México, la tendencia continúa hacia el abandono de esta práctica entre las mujeres con mayor grado de escolaridad y urbanización.

A su vez, un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social señala que únicamente el 37.8% de las derechohabientes encuestadas en el distrito Federal dio pecho a su hijo a lo largo de cuatro meses o más. Cabe hacer notar que el 75% de las mujeres que no dieron pecho, comentó que el personal médico les había recomendado la sustitución de la leche materna con productos industrializados que fueron distribuidos por el propio IMSS, proporcionándoles latas de leche en polvo como una prestación laboral (Cerqueira, 1987)

Cerqueira (1987) menciona las causas principales para el abandono de la lactancia materna según se identifica en el siguiente cuadro.

Tabla 1			
Encuesta Nacional de hábitos de lactancia y ablactación por la Secretaría de Salud en 1983			
Principales causas del abandono de la lactancia materna			
<i>Causa aducida</i>	<i>Medio rural (%)</i>	<i>Medio urbano (%)</i>	<i>Total (%)</i>
Falta de leche	18.8	19.2	19
Enfermedad materna	16.7	12.1	14
Trabajo fuera del hogar	16.3	25	22
Rechazo del niño	9.5	11.1	10.1
Consejo médico	14	13.8	13.9
Desconocimiento y desconfianza	24.7	18.9	21

En la mayoría de las ocasiones estos problemas se deben a la falta de información y al escaso o nulo apoyo de la sociedad hacia la madre que lacta. Cerquiera (1987) concluye enfatizando que es fundamental que el personal de salud se preocupe por orientar a la población acerca de las ventajas de la leche materna, las técnicas adecuadas y la información sobre las verdaderas contraindicaciones para la práctica de la lactancia materna.

Algunos factores que influyen en el conocimiento de lactancia materna en el personal de salud.

1. Plan de estudios

Glasman (1980:9) afirma: "Los planes de estudio son, en buena medida, manifestaciones de las condiciones, demandas y requerimientos del modo de producción" y añade que los planes de estudio son expresiones de la organización de conocimientos requeridos para dichas carreras y de la forma como penetra con sus exigencias a las instituciones escolares.

Arnáz (1981) define al plan de estudio como una serie de aquello que se piensa es necesario para poder alcanzar las metas del currículo. Para conocer la formación académica del personal de salud con respecto a salud materno-infantil es necesario contemplar los planes de estudio de algunos de ellos.

Según el plan de estudios de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México de 1978, se menciona las materias de Pediatría y Crecimiento y desarrollo extrauterino, pero no se contempla la materia de Salud Materno-infantil. En la especialización de Pediatría se encuentran las materias de Bases Biomédicas de Pediatría I,II,III y en la especialización de Medicina familiar se imparte Pediatría y Nutrición en Salud Pública. El plan de estudios del año de 1996 solo menciona la materia de Salud Pública I, II y III.

En el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1995:346) se declara : "En medicina, los planes de estudio están dirigidos a capacitar al estudiante para que identifique, analice y resuelva problemas que surgen en el cuidado del paciente".

De acuerdo al plan de estudios reformado 1985 de la Escuela de Medicina de la Universidad de Morelos para los Médicos Cirujanos, se describe la materia de Salud comunitaria I y II, en la que aplican la práctica de los conocimientos en proyectos de medicina preventiva, además se encuentran las materias de Pediatría y Salud Pública III que es el estudio de la relación materno-infantil.

Referente al plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, México, 1996, se contemplan las materias de Nutrición básica y aplicada, Proceso salud-enfermedad en el

niño y Enfermería del niño. El plan de estudios reformado 1995 para la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Morelos describe la materia de Nutrición en las diferentes etapas de la vida, Enfermería Médico Quirúrgica II en la que describe Salud Materno-infantil.

Con respecto al plan de estudios 1996 para la Licenciatura de Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León se menciona Nutriología I, II y III, y Diagnóstico Nutricional.

El plan de estudios reformado 1995 para la Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Morelos describe las materias de Nutriología I que involucra los principios básicos de nutrición y su relación con la salud del individuo, Nutriología II, manejo y vigilancia nutricional de la salud materno-infantil, Nutriología III; la alimentación normal en las diferentes etapas de la vida y Epidemiología de la nutrición, y detección de morbilidad de la población por la interacción de diferentes factores.

Perfil del egresado

El perfil del egresado que enfoca cada Escuela de salud varían uno de otro. La UNAM para los Médicos cirujanos destaca que el egresado podrá:- Efectuar las acciones curativas y aplicar las medidas necesarias para el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades.

La Licenciatura de Enfermería y Obstetricia de la UNAM destaca que el egresado podrá: - Aplicar acciones preventivo-terapéuticas de enfermería al individuo y -Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud. En la Universidad de Morelos el perfil del profesional de Licenciatura en Enfermería refleja que podrá: -

Dar cuidado directo o indirecto de la salud del individuo mediante la promoción, restauración y autocuidado de la salud. - Manejar las herramientas básicas y necesarias que lo colocaran en el rol de educador facilitando el cuidado propio del paciente a través de un clima de respeto mutuo. - Tener la motivación necesaria aunada a los conocimientos para desarrollarse como investigador.

El perfil del egresado de Licenciatura en Nutrición de la Universidad Autónoma de Monterrey menciona entre lo más relevante que el egresado: - Evalúa el estado nutricional de la población a nivel colectivo e individual, - Administra programas de alimentación y Nutrición, y - Administra servicios de alimentación. La Universidad de Morelos en el perfil del egresado destaca: - Evalúa el estado nutricional de la población colectiva e individual, -Diseña y administra programas de alimentación, nutrición y educación, -Aplica principios básicos para la administración de servicios de alimentación en hospitales y centros gastronómicos, -Coordina y desarrolla programa de prevención de enfermedades en la comunidad, - Se integra a equipos multidisciplinarios de salud para desarrollar proyectos de investigación.

Prácticas de campo

Las prácticas de campo influyen en el proceso de la formación académica del personal de salud en cuanto a la atención salud materno infantil. Según el Informe de la Reunión para Consolidar la Metodología de Análisis Prospectiva en Salud Reproductiva y Población para Escuelas de Ciencias de la salud (1993:7): "El proceso enseñanza-aprendizaje- facilita el aprendizaje en el campo de la salud reproductiva y población con énfasis especial en la participación activa del alumno y el conjunto

teórico-práctico". Menciona uno de los elementos del marco conceptual con respecto a la participación comunitaria en la promoción de la salud materno-infantil, "La escuela participa plenamente en la enseñanza, investigación y la práctica para mejorar la salud del niño. La enseñanza y la investigación desarrollan temas identificados como criterios tales como la lactancia materna y desarrollo físico-efectivo utilizando estos elementos para mejorar la práctica".(Ibid 1993: 18)

Según el informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre la Enseñanza orientada a la Solución de Problemas de los Profesionales Sanitarios (1993: 1) dice: "La educación de los profesionales de salud ha sido ampliamente criticada por no ajustarse suficientemente a las necesidades de salud de la sociedad". Comentan que la mayoría de los profesionales de salud ha tenido poca formación en los aspectos más amplios de la salud; la sofisticación de su formación biomédica y clínica es superior a la formación comparable a las materias de atención primaria para la salud. Al respecto, la OMS junto con otros organismos institucionales de salud se ha dedicado a revisar el contenido de los principales textos de medicina en lo que respecta a la lactancia materna y se ha encontrado de forma preliminar que es necesario revisar y actualizar los textos cuanto antes (Práctica Pediátrica, 1994).

En el informe se enfatiza la necesidad de innovar en materia de educación y se insta a las instituciones educacionales a asumir una mayor responsabilidad con respecto a la formación académica y el desempeño de sus graduados, medidas que se consideran necesarias para asegurar que los futuros profesionales de salud estén capacitados para solucionar más eficazmente los problemas de salud a los niveles individual y

comunitario.(Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre la enseñanza orientada a la solución de problemas de los profesionales sanitarios, 1993). En cuanto a la necesidad de revisar el plan de estudios de los profesionales de la salud, la OMS (1985) refiere un informe de reforma de los planes de estudios básicos de enfermería en el que se ordenó las materias de la siguiente manera: tras los problemas comunes de salud, la atención materno-infantil, la atención de adultos y después las secciones referentes a la familia y a la comunidad.

PROMOCION DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (1989:IX), afirma: "La meta en la que están comprometidos la OMS y todos sus Estados Miembros es la 'salud para todos en el año 2000'. Esta estimante meta sólo puede conseguirse si los agentes de salud y la propia población trabajan juntos eficazmente".

La atención primaria de la salud se ha identificado como el medio para conseguir esa meta a través de la promoción de la salud en centros de salud, clínicas, dispensarios, y las consultas de médicos en hospitales, comunidades y vecindarios.

En este contexto la educación y la comunicación en materia de salud son especialmente importantes, ya que, en realidad, son los individuos y las familias, con la orientación de médicos y otros agentes de la salud, quienes toman la mayor parte de las decisiones que afectan a su salud. Las madres deciden cómo alimentar a su recién nacido, qué alimento dar a su familia y cómo prepararlo. Las familias deciden cuándo ir al médico o a la clínica, y seguir o no las instrucciones que reciben del agente de salud (Ibid).

Para que estas millones de decisiones cotidianas se tomen con sensatez, la población debe tener los conocimientos y la formación necesaria para ejercer la responsabilidad individual y comunitaria. "Por lo tanto, la actividad básica que médicos y enfermeras deben realizar para promover la salud es la educación" (Alvarez, 1991:44).

Moreno y Roblero (1993) afirman que es un objetivo prioritario fomentar la educación sanitaria para promocionar y favorecer la instauración y prevalencia de la lactancia materna. Agregan que:

"esta promoción debe llevarse a cabo en dos niveles: a) promoviendo una mejor educación y capacitación a los profesionales de la salud en materia de lactancia, lo que repercutirá de forma positiva en la incidencia y duración de ésta. b) Transmitir a la población específica (mujeres gestantes) los conocimientos que permitan comprender la fisiología del amamantamiento y las repercusiones de este tipo de alimentación en el desarrollo biopsicosocial del niño, así como proporcionar ayuda para la adquisición de las destrezas y habilidades necesarias para amantar, horarios, cuidado de la piel, etcétera" (1993:118).

Entonces para hablar acerca de la promoción de la lactancia materna en sus dos niveles ya identificados, es necesario describir en que consiste la educación sanitaria o también llamada educación para la salud ya que es el medio por el cual se va a difundir.

EDUCACION PARA LA SALUD

La Subdirección General Médica del I.S.S.S.T.E. (1988), comenta que la educación para la salud es una disciplina de las Ciencias de la Salud; su denominación actual está compuesta por dos términos: Educación y Salud. La educación es un proceso social que acompaña a la humanidad en el transcurso de la vida. Paralela al proceso de la educación, sucede algo semejante con la salud, la que, al igual que la educación adopta distintas formas y se aplican prácticas diferentes. Así la salud se define por la Organización Mundial de la Salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y

social y no sólo la ausencia de enfermedad o incapacidad". Los dos términos se han integrado así a una misma disciplina. La educación para la salud es la transmisión de conocimientos y formación de hábitos y será la encargada en relación con el cuidado de la salud, de transmitir o crear conductas que la fomenten (Ibid).

Antecedentes Históricos

La educación para la salud tiene como todos los acontecimientos y manifestaciones sociales una historia. Después de la segunda guerra mundial y posterior a la creación de la Organización Mundial de la Salud surgió el Primer Parlamento Mundial de Educadores Sanitarios. En 1951 la Unión Internacional para la Educación Sanitaria, efectuó en París la primera Conferencia Internacional de Educación Sanitaria.

En México en 1921, se creó por primera vez una oficina específica de propaganda y educación higiénica dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Y en 1983, establece a la educación para la salud como programa prioritario en todas las instituciones de salud (Ibid).

Antecedentes Conceptuales

El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como "el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella". Con respecto a los medios para lograr tales cambios, el mismo comité refiere los "esfuerzos formales adecuadamente planeados para proporcionar experiencias acordes al tiempo, lugar y forma que conduzcan al logro de los

conocimientos, las actitudes y los tipos de conducta favorables a la salud individual, del grupo y de la comunidad" (Vega, et.al., 1991:90).

Según Vega López et. al. (199) la educación para la salud se define de diversas maneras: **a)** como un medio para mejorar la salud individual y colectiva; **b)** como el desarrollo de un sentido de responsabilidad del individuo hacia su propia salud; **c)** como un proceso dinámico capaz de influir favorablemente en los conocimientos, conductas y hábitos respecto a la salud, o **d)** como una fase de los programas de instituciones de salud pública y hospitalaria. La educación se basa en la relación que existe entre la conducta humana y la salud. Por tanto, las metas de la educación son la comprensión de las características de la conducta en relación con los problemas de salud, y la posibilidad de influir en ella con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud (Ibid).

Objetivos y Principios

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (1988:9), señala que el objetivo general de la educación para la salud "es lograr la interacción entre los conocimientos y las prácticas de salud, estimulando a las personas a evitar las acciones dañinas y crear hábitos benéficos para su salud".

Así también menciona algunos principios que deberá de tomarse en cuenta para aplicar dicho proceso. Se debe:

- a) Realizar con base en el interés de las personas.
- b) Tomar en cuenta los conocimientos de las personas en relación con su salud.
- c) Adaptar la información a las características socioculturales de los educandos.
- d) Procurar la participación de las personas en el proceso educativo.

- e) Utilizar técnicas y materiales de enseñanza adecuados para hacer más atractiva y eficiente la labor educativa.

Y más adelante enfatiza la relevancia de la educación para la salud al ejercer acciones exitosas para favorecer el estilo de vida del individuo con la mayor participación de los agentes de la salud en forma interdisciplinaria como médicos, trabajadores sociales, enfermeras, maestros, etc.

La Educación para la Salud y el Médico

El profesional de la salud, y especialmente el médico, tiene un campo sumamente fecundo para el desarrollo de actividades relacionadas con la educación para la salud del público. Su posición social como experto en asuntos de salud, y su ascendiente frente al paciente y sus familiares, le convierten en un elemento esencial en la formación de actitudes y conductas favorables para la salud individual y colectiva. Su autoridad profesional le permite informar, sugerir, e inclusive indicar los tipos de conducta deseables para la promoción y el mantenimiento de la salud, y la prevención de la enfermedad (Vega, et.al., 1991:91).

Añade Sánchez (1989), que en ocasiones la conducta del individuo está condicionada a conceptos erróneos, porque se sustenta en creencias populares, mitos o tabúes, en la que la labor del educador en salud implica más que informar, orientar.

Dentro de los niveles de la medicina preventiva, la educación para la salud ocupa un lugar único en el primer nivel, y apoya definitivamente las acciones que se siguen en los niveles subsiguientes como lo son la prevención específica, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación (Vega, et.al., 1991).

La Educación para la Salud y el Personal del Equipo de Salud

En un artículo especial de Pediatría (1992) titulado "Más allá de la pediatría: la salud y la supervivencia de los niños en situación desventajosa" se encuentra la siguiente declaración:

En lo que la UNICEF denomina una 'catástrofe silenciosa', cada año mueren lentamente 14 millones de niños de enfermedades que son prevenibles y tratables con facilidad. Colectivamente tenemos los conocimientos, la ciencia, los recursos, los alimentos y el potencial humano de varones y mujeres para satisfacer las necesidades de estos niños. Pero no lo hacemos.

Dorothy (1975) también refiere la labor que desempeña una enfermera al contribuir de diferentes modos a mejorar la salud física y mental del lactante y niños de más edad. Bethea (1987) agrega: "la enfermera de consultorio o clínica y la enfermera de salud pública, son muy importantes en el cuidado de la salud de la embarazada y su familia". En las entrevistas frecuentes con la embarazada, la enfermera tiene oportunidad de entablar una relación de confianza y entendimiento con ella. Puede lograrlo mostrando verdadero interés y respeto por la madre como individuo.

Según la OMS (1994:13):

El cambio que ha de experimentar el ejercicio profesional de la enfermería para satisfacer las necesidades de la atención de salud en el Siglo XXI exige una transformación fundamental de la enseñanza. La configuración de la enseñanza de la enfermería y la partería para el futuro dependerá en parte de la política y planificación de un país respecto del personal de salud. Por ejemplo, la formación de las enfermeras variará ampliamente según se trate de prepararlas para desempeñar funciones administrativas muy especializadas en servicios de atención terciaria, para prestar atención directa bajo la dirección de un administrador, o para que como enfermeras comunitarias, presten no sólo atención en la comunidad, sino también asistencia y capacitación a los individuos para que éstos atiendan sus propias necesidades sanitarias y fomenten el mantenimiento y la promoción de la salud e impartan educación sanitaria.

Todo el personal de salud debe realizar actividades educativas, ya sean médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios, y otros; aprovechando el contacto que por diversas circunstancias tiene con la población y en forma especial cuando una familia o individuo así lo requiera (Sánchez, 1989).

Rodríguez García y Schaefer (1991:8) declaran:

Los profesionales de la salud, sobre todo el personal de enfermería son los responsables del éxito de la promoción, apoyo y práctica de la lactancia natural. La información suministrada a las madres por las enfermeras muchas veces ejerce una gran influencia en la decisión de iniciar y continuar el amamantamiento y en su duración total, y esta información para que sea más eficaz, debe proporcionarse durante ciertas ocasiones críticas.

Añaden que la intervención del personal de enfermería en la promoción de la lactancia materna se debe dar en el periodo prereproductivo, periodo perinatal y el periodo postnatal.

Según Moxley y Kennedy (1994), la falta de enseñanza sobre lactancia materna en escuelas de enfermería y medicina ha resultado en que las madres reciban consejo inconsistentes e imprecisos de parte del personal de salud por lo que se aconseja a los médicos y enfermeras mantenerse al día.

Tipos de Educación

a) Educación Individual

Alvarez (1991), comenta que la educación individual para la salud se lleva a cabo a través de la entrevista personal. Dada la importancia de este procedimiento conviene señalar algunas condiciones para su realización:

- Es de gran utilidad tratar a la persona entrevistada por su nombre; eso le ayudará a sentirse más confiada y facilitará la conversación.
- Emplear un lenguaje claro, sin tecnicismos.
- Es importante adoptar una actitud sencilla, interesada, de tolerancia y paciencia para el entrevistado.

- Evitar manifestar superioridad, esta actitud inhibe al entrevistado y dificultan la comunicación y educación.
- Hablar con honestidad.
- Tratar de interesar a las personas sobre las ventajas que un determinado procedimiento tiene.

Yawn (1994) menciona algunas guías muy útiles como material de apoyo de la labor educativa que desempeñan los profesionales de la salud. Entre ellas se encuentran:

a) la educación efectiva se da al proporcionar conocimientos útiles que refuerce la actitud, responsabilidad y cooperación del individuo para el cuidado de su salud; b) la educación es un arte, y en este caso es necesario utilizar material impreso como folletos, trípticos, y carteles que contengan buenas gráficas, formato y color atractivo; c) también incluye otras artes, como el de la comunicación efectiva y la modificación del comportamiento.

Al respecto Álvarez (1991) declara que la ventaja de la educación individual es que la persona entrevistada es más receptiva a las orientaciones que se le proporciona y también permite contestar las preguntas muy particulares que la persona tiene, se aclaran dudas y se puede comprobar los puntos tratados; además se consigue motivar positivamente para actuar.

b) Educación Colectiva

Según Sánchez (1989), en la educación para la salud dirigida a colectividades se consideran cinco pasos. Ellos son: el análisis del problema, la sensibilización, la publicidad, la motivación y la educación. Entendiéndose como análisis al diagnóstico de

salud de la comunidad, que permite obtener mejores resultados para el programa educativo como para el programa de salud propiamente dicho. Sensibilización, información breve que pretende despertar el interés en el público; publicidad a través de los diferentes medios masivos de comunicación; y la motivación y la educación son prácticas iguales en la labor individual y en la colectiva. Sin embargo, declara Alvarez (1991), conseguir el cambio de actitud de un grupo resulta en ocasiones más difícil que obtenerlo de un individuo o de su familia; por ello, la planeación, programación y desarrollo de un programa educativo para la comunidad requiere una adecuada coordinación del equipo de salud que se involucrará en dicha actividad para enfocar la educación al problema colectivo, tratando de plantear soluciones concretas para el mismo.

Materiales de Apoyo Utilizados en la Educación para la Salud

La educación en general, como la educación para la salud en particular, constituye un proceso de enseñanza-aprendizaje; esto quiere decir que ya se trata de la labor individual o de la colectiva, es necesario promover la participación activa del receptor, y requiere siempre del uso de los llamados auxiliares de la educación, que serán seleccionados de acuerdo a los recursos disponibles, al tipo de auditorio y al de la plática o conferencia de que se trate. Los principales materiales de apoyo o auxiliares de la educación son: el rotafolio, el pizarrón, las transparencias, los folletos, los carteles, las películas, entre otros (Alvarez, 1991).

La Organización Mundial de la Salud (1989), dice que una comunicación eficaz en educación para la salud raras veces se consigue utilizando solamente un método, ni

siquiera dos o tres. El éxito dependerá de la habilidad con que se combine una variedad de métodos para conseguir su propósito educativo. Para hacerlo, la información debe ser concisa y presentada en forma comprensible. Con frecuencia es preciso presentar los mismos mensajes e ideas de distintas maneras con el apoyo de los siguientes materiales o medios de comunicación para la salud como también (Baena, 1989).

Los siguientes materiales y métodos son de apoyo para la promoción de la salud (OMS, 1989; Baena 1989).

- a) *Cartel*. Comúnmente es una hoja de papel o cartón de unos 60 cm. de ancho por 60 cm. de alto, con palabras e imágenes o símbolos que transmiten un mensaje. Su propósito es informar, orientar y reforzar un mensaje.
- b) *Rotafolio*. Está formado por una serie de carteles que han de mostrarse uno tras otro. Así pueden presentarse varias etapas o aspectos de un tema central, por ejemplo: "Técnicas adecuadas para la lactancia materna". Cada imagen o cartel debe comentarse detenidamente antes de pasar al siguiente. Los rotafolios se adaptan mejor para grupos pequeños.
- c) *Proyecciones de transparencias*. Pueden ser acetatos que son hojas de plástico transparente sobre las que se puede escribir, diagramar o dibujar con tinta especial. Utilizando palabras y dibujos proyectables, las pláticas resultan muy interesantes y resulta útil para subrayar los puntos más importantes de una plática.
- d) *Proyecciones de diapositivas*. Son como las fotografías que al proyectar hace que la imagen parezca grande cuando se proyecta en una pared o una pantalla.

También ayudan a ejemplificar y aclarar cierto punto del tema que se está desarrollando.

- e) *Películas o videos.* Son un medio de comunicación sumamente útil porque se puede apreciar acción, color y sonido. Estas deberán adaptarse a las necesidades y a la cultura de la comunidad. El propósito de este material es despertar el interés sobre un tema, informar y motivar a la acción propuesta por el educador. Después de pasar la película continúa una discusión y preguntas al público, asegurándose de que se comprendió el mensaje de la película. Este método se utilizó para promocionar la lactancia materna entre mujeres inmigrantes vietnamitas en Australia (Chin 1993). Esto ha contribuido a mejorar los conocimientos de las mujeres y la actitud de estas hacia la lactancia materna, motivándolas a adoptar esta práctica. "Este programa ha demostrado que los mensajes de educación sanitaria pueden presentarse en forma de videos (Ibid. 1993: 319).

En la promoción de la salud, intervienen la educación para la salud, valiéndose de los diferentes medios para la comunicación con el fin de informar, orientar y motivar al individuo a la práctica de hábitos, actitudes y conducta apropiada para preservar la salud (Vega, et.al., 1991).

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

La meta a la que están comprometidos la Organización Mundial de la Salud y todos sus Estados Miembros es la "Salud para todos en el año 2000" (1989). Y uno de los grupos de la población por atender es la población infantil, la que ha presentado los

mayores índices de mortalidad. Según el Octavo Informe sobre la situación sanitaria mundial (1990:83), "aunque las tasas de mortalidad de lactantes menores de cinco años siguen disminuyendo en todo el mundo, 9.2 millones de ellos mueren cada año en los países en desarrollo.

Al respecto, Vega y González (1993), declaran que a pesar de sus ventajas, la incidencia y duración de la lactancia materna están disminuyendo sobre todo en los países en desarrollo. En el contexto latinoamericano, México no constituye una excepción a estos hechos. Situación grave que debe corregirse, por lo que una de las estrategias para alcanzar la meta para la salud infantil afirman Rodríguez y Schaefer (1991), que la promoción de la lactancia materna podría salvar cada año un millón de vidas infantiles en los países en desarrollo.

Gracias a las advertencias y actividades de promoción por parte de profesionales de la salud y de organizaciones no gubernamentales (como la Liga de la Leche y la Red internacional para la alimentación Infantil) e internacionales como la OMS y la UNICEF se ha logrado recuperar paulatinamente la frecuencia y duración del amamantamiento (Sabulsky, et. al, 1995).

Las estrategias propuestas por la OMS y la UNICEF para eliminar los obstáculos que dificultan la lactancia materna exclusiva incluyen entre otros ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto, no darle a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna y dejar que los bebés y sus madres estén juntos las 24 horas del día (Ibid).

Organismos institucionales que protegen, fomentan y apoyan la lactancia materna

La Organización Mundial de la Salud (1990:226) declara que existe:

La preocupación por el descenso de la prevalencia y la duración de la lactancia natural en numerosos países, por lo que la Asamblea de la Salud instó a los Estados Miembros a que fomentaran la lactancia natural como componente esencial de sus políticas y programas generales de alimentos y nutrición en favor de las mujeres y los niños, de manera que todos los bebés se alimentan exclusivamente de leche materna durante los primeros cuatro a seis meses de vida.

La Cumbre Mundial en favor de la infancia, celebrada en las Naciones Unidas en Nueva York en 1990, aprobó una serie de ambiciosas metas para el año 2000 (Foro Mundial de la Salud, 1994). Así es como la OMS y la UNICEF han señalado diez metas prioritarias para la mejora del bienestar de los niños en todo el mundo, entre ellas destacan una, en apoyo a la práctica de la lactancia materna y es la siguiente: Lograr hospitales de maternidad "amigos del niño", que fomenten la lactancia natural y poner término al suministro de sucedáneos de leche materna gratuitos o de bajo costo a los sistemas de atención sanitaria, conforme a lo estipulado en el Código Internacional.

Al respecto la OMS y la UNICEF y otras instituciones internacionales como la Liga de la Leche promueven una serie de acciones gubernamentales destinadas a proteger, promover y apoyar la lactancia natural en las maternidades y hospitales a fin de que se invierta la tendencia mundial a abandonar la lactancia natural, ya que desde hace mucho tiempo se sabe que ciertas prácticas, tales como la de separar a los bebés sanos de sus mamás y darles leche maternizada o agua azucarada, actúan como obstáculo para que las mujeres comiencen o sigan amamantando a sus hijos (Foro Mundial de la Salud, 1993).

Así mismo la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, han invitado a todos los centros de atención materno infantil y profesionales de la salud del mundo entero a aplicar diez medidas para asegurar el éxito de la lactancia materna. Este decálogo es el siguiente:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de 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 siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación, incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que de 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 24 horas del día.
8. Animar a que se amamante al niño cuando éste lo solicite.
9. No dar a los niños alimentados al pecho 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.

Hospitales "Amigos del Lactante"

La iniciativa "hospitales amigos del niño" lanzada por el UNICEF y la OMS en 1990, ha obtenido una respuesta entusiasta en diferentes países. Así es como 122 países en desarrollo (a los que pertenece más del 95% de los lactantes y niños pequeños del mundo en desarrollo) han tomado medidas para acabar con la práctica peligrosa de distribuir gratuitamente o a un precio muy bajo preparaciones para lactantes a las maternidades y hospitales, y que 90 países en desarrollo y 14 países industrializados han iniciado el proceso encaminado a evaluar y certificar si los hospitales son "amigos del niño", en cuyo marco las autoridades sanitarias capacitan al personal y modifican los procedimientos hospitalarios para eliminar las barreras que dificultan la lactancia materna (Foro Mundial de la Salud, 1991)

Entre los países industrializados que han iniciado a participar y ser debidamente certificados como "Hospital amigo del niño" se encuentran Suecia con 50 hospitales, Noruega con 11, Suiza con 5, Alemania con 3, Japón con 3 y Australia con 2. (Boletín Hospital Amigo: 1995)

En México hasta de 1995, se han certificado más de 300 hospitales como "Amigo del niño. En la Tabla 2 se muestra también la participación de otros países.

Tabla 2		
Países con mayor avance en el programa "Hospital Amigo del Niño"		
País	Hospitales inscritos	Hospitales certificados
China	13400	947
Filipinas	1798	462
Tailandia	894	440
México	690	312
India	5050	299
Kenya	335	232

Según Solange (1996) dentro de las actividades que se llevan a cabo para favorecer la lactancia materna a nivel nacional, la Secretaría de la Salud (SSA) implementó desde hace algunos años el programa "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" que comprende las siguientes actividades:

1. Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural.
2. Atención médica
3. Prevención
4. Educación y promoción
5. Investigación sistematizada.

En lo que se refiere a promover y apoyar a la lactancia natural, esta inquietud surgió debido a que en 1978 las estadísticas nacionales mostraban una disminución importante en la práctica de la lactancia materna; si bien desde 1983 ya existían informes sobre la experiencia de alojamiento conjunto en el Instituto Nacional de Perinatología, y se propuso promover esta actividad. Convinieron el Instituto Nacional de Nutrición, el

Hospital General de México, y la Liga Mexicana de la Leche, que este programa operaría a fines de 1994 en 90% de los centros de primer y segundo niveles de atención materno infantil a nivel nacional. Con el objetivo principal del alojamiento conjunto para favorecer el contacto madre-hijo desde el momento del nacimiento y durante la hospitalización, alojando a ambos en una misma habitación para fortalecer la relación afectiva entre ellos e iniciar la alimentación al seno materno en la primera hora postparto, continuar y además proporcionar a la madre orientación práctica sobre la alimentación y cuidados del recién nacido.

El IMSS también se ha comprometido ante la UNICEF para lograr un proceso de certificación de sus diferentes hospitales y unidades médicas que conforman el sistema de salud en sus distintas delegaciones.

En la Tabla 3 se detalla la participación de México en este esfuerzo.

Tabla 3		
Lista de hospitales certificados en México, según instituciones de salud		
"Hospital amigo del niño y de la madre" en México-- Hospitales inscritos y certificados Octubre 1995		
Institución	Inscritos	Certificados
Secretaría de Salud	257	112--43.5%
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	200	100--50%
IMSS-Solidaridad	63	55--87.3%
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE)	90	17--18.8%
Servicios Médicos, Petróleos Mexicanos	21	21--100%
Secretaría de la Defensa Nacional	18	0
Secretaría de la Marina	26	3--11.5%
Servicios Médicos del DDF	14	0
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	1	1--100%
Total	690	312--45.2%

El fomento de la lactancia natural

Varios proyectos de investigación y de demostración han revelado la eficacia que tienen ciertas intervenciones en la promoción de la lactancia natural. Los resultados obtenidos demuestran la importancia de motivar y capacitar a los profesionales de la salud, cambiar los reglamentos hospitalarios para facilitar el amamantamiento del lactante inmediatamente después del parto y su alojamiento en la misma habitación que la madre, desaconsejar el uso de alimentos complementarios y agua con glucosa y abandonar la distribución de muestras de leche artificial (Boletín de la Oficina de Salud Pública, 1991).

En los últimos años se han establecido programas intensivos de salud pública para fomentar la lactancia materna en varios países. Por ejemplo, en el Brasil, Honduras, Indonesia, Panamá y Tailandia los proyectos se han enfocado en la educación y capacitación de los profesionales de la salud, y esto a su vez, ha generado cambios en las prácticas hospitalarias. Estos cambios incluyeron el alojamiento conjunto de las madres con sus hijos en la misma habitación. En algunos proyectos también se han iniciado campañas propagandistas para mejorar la lactancia natural en la comunidad.

En otros países, como Belice, Egipto y El Salvador, se han formado grupos de apoyo cuya finalidad es promover la lactancia natural cambiando las políticas de los centros sanitarios y del ambiente laboral, educando a las madres y asesorándolas en los aspectos prácticos del amamantamiento.

En la Norma Oficial Mexicana para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, y del adolescente (1994:12) la Secretaría de Salud estableció la promoción de la salud en el menor de un año. Se recomienda que el personal de salud realice las siguientes actividades:

- a) Promover la alimentación al seno materno en el menor de un año, como el mejor y único alimento desde el nacimiento hasta los cuatro meses de edad.
- b) Orientar a las madres sobre la técnica de alimentación al seno materno y de las ventajas que esta tiene para ella y para su hijo.

Al respecto, se menciona en el Boletín de Salud Pública (1991:503) que para mejorar la alimentación de los lactantes, no basta con explicar a las madres que los beneficios de la lactancia materna y de la observación de medidas apropiadas durante el

destete. Los cambios se logran haciendo que las medidas recomendadas se conviertan en norma social e institucional de carácter permanente, lo cual implica esforzarse para modificar muchos de los procedimientos observados en los hospitales, conseguir que las instituciones apoyen ciertos cambios en los reglamentos laborales y usar la comunicación interpersonal y los medios de publicidad para lograr que los nuevos comportamientos sean aceptados y reemplacen a los anteriores.

Alojamiento Conjunto

La necesidad de promover el alojamiento conjunto y favorecer la lactancia materna fue propuesta enfáticamente en los Foros de Consulta Popular celebrados en todo el país durante el año 1989, en el panel sobre lactancia materna que se llevó a cabo en mayo, "Mes de la Salud Materna" (Secretaría de Salud, México, 1991). Para ello la madre e hijo son alojados en una misma habitación, con objeto de fortalecer la relación afectiva entre ellos y de lograr que el niño inicie la alimentación al seno materno dentro de la primera hora después del nacimiento para continuarla a libre demanda (Ibid).

La atención hospitalaria en años anteriores a 1989 era diferente. Se separaba a la madre del niño y el era llevado a un cunero. A partir de 1989 cambió esta práctica fomentándose el alojamiento conjunto en el que la madre y el hijo son alojados en una misma habitación, con objeto de fortalecer la relación afectiva entre ellos.

Las ventajas de este método de atención para la salud física y mental de la madre y el niño justifican todos los esfuerzos del personal de todos los niveles para llevarlo a cabo. Para que la lactancia materna se dé con éxito es necesario que la madre reciba durante el embarazo y el puerperio inmediato el conocimiento de sus ventajas y los

aspectos prácticos del amamantamiento. La mujer debe prepararse desde el embarazo, tanto física como psicológicamente; esto se logra orientándola sobre la técnica de lactancia, los cuidados de los pechos, la formación de los pezones y el convencimiento de que no hay leche mejor que la sustituya.

Uno de los principales beneficios encontrados fue la disminución de las infecciones cruzadas entre los recién nacidos, producto del contagio de los cuneros.

Objetivos del alojamiento conjunto

- * Fomentar la alimentación al seno materno desde el postparto inmediato, evitando la malnutrición, el uso indiscriminado de sucedáneos de la leche y las infecciones cruzadas.
- * Las actividades para llevar a cabo el alojamiento conjunto y promover la lactancia natural se inician desde el control prenatal, y son reforzados durante el parto y puerperio inmediato hasta el egreso de la paciente.
- * Promoción de la alimentación al seno materno durante el control prenatal.
- * Favorecer el contacto precoz madre-hijo después del parto y el inicio inmediato de la lactancia al seno materno.
- * Evitar la alimentación mediante biberón, leche industrializada y solución glucosada de té. Con la alimentación al seno materno no es necesario dar al recién nacido líquidos adicionales, pues esto retarda el inicio de la producción de leche.
- * El alojamiento conjunto y la lactancia materna se promoverán en todo el país a partir del 1990 y se desea que operen para el final del año 1994 en el 90% de las



unidades de primero y segundo nivel en donde se brinde la atención materno-infantil.

Experiencias de algunos hospitales que promueven la lactancia materna

Según Daw (1994) una gran parte de la morbilidad y la mortalidad de los lactantes se debe a que las madres no saben alimentar a sus hijos; de ahí que el Hospital Infantil de Yangon otorgue tanta importancia a la educación sanitaria. Al respecto incluyen charlas de nutrición en las que resaltan la importancia de la lactancia natural y la inmunización así como también hacer demostraciones de prácticas culinarias.

En la Región del Pacífico Occidental, la iniciativa "Hospitales Amigos del Niño" lanzada en 1992 por la UNICEF y la OMS ha contribuido a establecer y reforzar prácticas de promoción de lactancia materna. La OMS difunde información sobre la lactancia materna en general y sobre esta iniciativa en particular tratando de establecer redes de madres de lactantes en cooperación con organizaciones no gubernamentales y por otros medios. También facilita asesores internacionales debidamente capacitados para otorgar la designación de "Hospital Amigo del Niño" así como proporcionar material apropiado para mantener una política correcta de lactancia natural. Además proporciona apoyo técnico para impartir cursos de capacitación sobre lactancia materna y para reforzar los centros de gestión de la lactancia que van a establecerse en China y Filipinas respectivamente.

Evidentemente la labor de capacitación para la lactancia materna tiene una importancia predominante y se ha considerado establecer estrategias similares para promover la lactancia natural en otros lugares como los "Centros de Trabajo Amigos de

la Madre" que podrá brindar un ambiente laboral favorable a la lactancia natural (de Boer, et. al., 1994).

Según Wright et. al., (1996), después de aplicar los 10 pasos hacia una lactancia materna feliz de la UNICEF, se encontró que hubo más niños lactando en la primera hora de vida, menos recibieron otros líquidos y más madres recibieron orientación sobre lactancia materna del personal de salud, por lo que podemos ver que es de gran beneficio implementar programas relacionados a los criterios establecidos por la UNICEF.

Evaluación de programas "Hospital Amigo del Niño"

En una evaluación del programa "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E. se encontró que el 70% del personal de enfermería desconoce el programa, 78% desconoce el objetivo, 91.5% no ha recibido capacitación en el hospital. Ochenta y cuatro por ciento de las madres asistió a control prenatal, de ellas, el 97% no fue orientado, 73% no sabe que es alojamiento conjunto, 96.4% recibió buen trato de la enfermera en la unidad de Tococirugía y cunero, el 96% le agradó amamantar a su hijo, 61.3% planea dar seno materno tres meses, por lo que se concluye en este estudio la necesidad de capacitar al 100% al personal sobre el programa integración del equipo multidisciplinario para la unificación de criterios en el manejo del binomio madre-hijo (Márquez Arvizu et. al., 1995).

En otro estudio de evaluación del programa "Amigo del Niño" en un centro de Salud de España, Fuertes et. al., (1993) refieren que analizaron 50 historias de niños menores de dos años incluidos en el Programa del Lactante. Se encontró que se dio

orientación sobre lactancia materna a un 70% de la población estudiada y en cuanto a la lactancia materna mixta al tercer mes al 36% de la población.

Resumen Final

Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la salud infantil, se podrían salvar en conjunto más de un millón de vidas infantiles cada año, si todas las madres alimentasen sólo con leche materna a sus hijos durante los primeros cuatro a seis meses de vida. La lactancia natural es el método insuperable para alimentar al lactante, proteger su salud y fomentar su desarrollo. Su valor nutritivo, inmunológico además de lo económico, hace la diferencia de las fórmulas y de la leche de vaca.

La leche materna previene la obesidad durante la lactancia y el desarrollo posterior, también reduce la frecuencia y gravedad de los estados alérgicos, así como la aparición de procesos patológicos como cólicos y estreñimiento. Del mismo modo, la lactancia materna favorece el desarrollo psicológico y emocional del niño a través del contacto más íntimo entre la madre y el hijo.

Todos estos efectos beneficiosos de la lactancia materna no repercuten únicamente en el lactante, sino que se hacen extensivos también a la madre. Existe menor incidencia de cánceres del ovario y de la mama. También retarda el retorno a la fecundidad y ayuda a recuperar su peso anterior al embarazo.

A pesar de todos estos beneficios, la incidencia y duración de la lactancia materna han disminuido progresivamente durante las últimas décadas. Las razones son múltiples. La falta de conocimiento de las madres acerca de la importancia de la lactancia materna,

falta de orientación de parte de los médicos, la promoción de fórmulas maternizadas que adquieren cada vez más difusión y se va abandonando la lactancia natural. Unido a eso la escasa importancia que le da el personal de salud a la promoción de la lactancia materna.

Para que la lactancia natural vuelva a ser el alimento básico por excelencia para el lactante, se necesita una labor conjunta del personal de salud que está en contacto con la madre embarazada y lactante.

Para ello fomentar la educación para la salud para promocionar y favorecer la prevalencia de esta conducta es una necesidad prioritaria para la salud del niño y de la madre.

El éxito de la promoción de la lactancia materna está basado en una adecuada educación y capacitación de los profesionales de la salud en materia de lactancia para transmitir a la población específica los conocimientos con la ayuda de los materiales de apoyo de la educación para la salud, en coordinación del equipo de salud, como médicos, enfermeras y nutriólogos, entre otros.

CAPITULO TRES

Diseño y Metodología de la Investigación

La finalidad del presente estudio es saber los conocimientos de lactancia materna y métodos de apoyo utilizados para su promoción entre el personal de salud de diversas instituciones de salud en cinco municipio del estado de Nuevo León, México.

En este capítulo se presentarán los siguientes:

- ♦ Diseño de la investigación
- ♦ Población del estudio
- ♦ Elaboración y descripción del instrumento
- ♦ Hipótesis y preguntas a ser contestadas
- ♦ Recolección de datos
- ♦ Análisis de datos
- ♦ Resumen

Diseño de la Investigación

Este es un estudio prospectivo de tipo descriptivo, observacional y transversal donde es evaluada una población del personal de salud de diversas instituciones de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León.

Según Méndez Ramírez, et.al. (1993:11), el estudio prospectivo " es en el que toda la información se recogerá, de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de ésta". El estudio Descriptivo según Hernández Sampieri, et. al. (1994), describe situaciones y eventos que buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis midiendo independientemente los conceptos o variables con los que tiene que ver el estudio.

Méndez Ramírez, et. al. (1993) argumenta que el estudio observacional es aquel en el que el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado, por lo que no se puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso. Además menciona que en el estudio transversal se mide una sola vez la o las variables en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades.

El estudio se realizó mediante la aplicación de una encuesta sobre lactancia materna al personal de salud que laboran en el Seguro Social y Salubridad en Allende, Cercado de Santiago, General Terán, Linares y Montemorelos del estado de Nuevo León, México.

Después de haber revisado la literatura, se formuló un instrumento para la obtención de los datos pertinentes, el cual fue revisado por la comisión asesora de la tesis, por maestros y personal del área de la salud para asegurar su claridad y precisión a la población a ser estudiada.

Población del estudio

Para seleccionar la población para este estudio se consideró el estado de Nuevo León que tiene 51 municipios y de allí se eligieron las instituciones de salud que pertenecen al Seguro Social y a la Secretaría de Salubridad de Monterrey, capital del estado de Nuevo León y cinco municipios que se encuentran ubicados al Noreste de esta ciudad.

Según Hernández Sampieri, et. al. (1991:210) "una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones". En este estudio, la población está conformada por los médicos de diferentes especialidades, residentes, enfermeras, técnicos, promotores, nutriólogos y estudiantes que realizan sus prácticas y servicio social, quienes están en contacto con la madre embarazada y lactante de las instituciones de salud que pertenecen al IMSS y a Salubridad de los municipios de Allende, El Cercado de Santiago, General Terán, Linares y Montemorelos del Estado de Nuevo León, México.

Los cinco municipios elegidos como población tienen las siguientes características:

Allende

Según la Subsecretaría Estatal de Salud de la Jurisdicción Sanitaria # 7 de Monte-morelos el municipio de Allende tiene una población de 12,525 habitantes de los cuales 9,021 reciben atención por Salubridad. Se realizaron encuestas en dos instituciones:

* Unidad de Medicina Familiar del Seguro Social--compuesta por 23 profesionales como médicos y enfermeras

* Cento de salud, Zona # 3, Salubridad--compuesta por 13 profesionales como médicos, enfermeras y alumnos que realizan el servicio social.

Cercado de Santiago

Se realizó la encuesta en una institución:

* Unidad Familiar # 8, del Seguro Social--compuesta por 30 profesionales como médicos, enfermeras y alumnos que realizan el servicio social.

General Terán

Según la Subsecretaría Estatal de Salud de la Jurisdicción Sanitaria # 7 de Montemorelos, el municipio de General Terán, tiene una población de 12,525 habitantes de los cuales, 9,021 reciben atención por Salubridad. Se realizaron encuestas en dos instituciones:

* Unidad de Medicina Familiar # 13 del Seguro Social--compuesta por 10 profesionales como médicos, enfermeras y alumnos que realizan el servicio social.

* Centro de salud, Salubridad--compuesta por 11 profesionales como médicos, enfermeras y alumnos que realizan el servicio social.

Linares

Según la Subsecretaría Estatal de Salud Jurisdicción Sanitaria # 7 de Montemorelos, el municipio de Linares, tiene una población de 49,692 habitantes de los cuales 21,111 reciben atención por Salubridad. Se realizaron encuestas en dos instituciones de Linares.

* Hospital General SZMF # 12, del Seguro Social--compuesta por 88 profesionales como médicos, enfermeras, técnicos, nutrióloga y alumnos que realizan prácticas y servicio social.

* Centro de Salud Urbano Provilleón, Salubridad--compuesta por 17 profesionales como médicos, enfermeras, y alumnos que realizan servicio social.

Montemorelos

Según la Subsecretaría Estatal de Salud de la Jurisdicción Sanitaria # 7 de Montemorelos, el municipio de Montemorelos, tiene una población de 49,302 habitantes de los cuales 26,976 reciben atención por Salubridad. Se realizaron las encuestas para la prueba piloto y la investigación en dos instituciones:

* Hospital General ZMF # 11, del Seguro Social--compuesta por 98 profesionales como médicos, residentes, enfermeras, nutrióloga, técnicos y alumnos que realizan prácticas y servicio social.

* Hospital General, Salubridad--compuesta por 102 profesionales como médicos, enfermeras, nutrióloga, médicos residentes, técnicos y alumnos que realizan prácticas y servicio social.

El total de la población estudiada fue de 184 participantes. De las cuales 4 de ellas fueron anuladas por información incompleta y por múltiples respuestas a una afirmación en las encuestas. Se realizó el análisis estadístico con un total de 180 participantes encuestados, que es un 97.89% de la población encuestada total.

Se excluyó de este estudio a cualquier otro personal de salud que no fuera médico, enfermera, nutrióloga, residente, técnico de enfermería, pasante o practicante que

está en contacto con la madre embarazada y lactante. También se excluyeron del estudio aquellos casos que participaron en la muestra del estudio piloto.

Elaboración y descripción del instrumento

Elaboración del instrumento

Para elaborar el instrumento para este estudio se hizo una revisión bibliográfica para descubrir estudios realizados en la misma área del presente, así como también se contó con la orientación de la comisión asesora de esta tesis y de profesionales del área de la salud y se eligió elaborar una encuesta.

La elaboración del instrumento abarcó varias etapas, las que a continuación se detallan.

1. Se realizó la revisión bibliográfica de los trabajos de investigación en el área de medicina, pediatría, enfermería y nutrición referente a la lactancia materna, su promoción y los factores que determinan su éxito.

2. Se formuló una lista de principios de la lactancia materna de acuerdo a la revisión bibliográfica sobre Salud Materno-infantil y a los lineamientos establecidos por la OMS y la UNICEF.

3. Se elaboró la encuesta que consta de cuatro partes:

I. Datos demográficos

Incluye localidad, institución, edad, sexo, nacionalidad, profesión y años de trabajo.

II. Conocimientos sobre la lactancia materna

Se dieron 19 declaraciones con 5 opciones para contestar de acuerdo a la escala de Likert:

1: Muy de acuerdo	2: De acuerdo	3: No en desacuerdo ni de acuerdo
4: En desacuerdo	5: Muy en desacuerdo	

III. Técnicas y autopercepción al impartir conocimientos para promocionar la lactancia materna.

Se dieron 7 declaraciones con 5 opciones para contestar de acuerdo a la siguiente escala:

1: Siempre	2: Casi siempre	3: A veces
4: Casi nunca	5: Nunca	

IV. Preguntas abiertas. Las dos preguntas abiertas fueron las siguientes:

a. ¿Cuál es el lugar o medio por el cual recibió la mayor información en cuanto a la lactancia materna?

b. ¿Desarrolló e implementó algún programa para promocionar la lactancia materna?

4. Se solicitó la revisión del instrumento por la comisión asesora de la tesis y profesionales del área de la salud

5. Se revisó el instrumento tomando en cuenta todas las sugerencias.

Hernández, et. al. (1991), menciona que una vez que se termina de elaborar el instrumento se procede a aplicar una prueba piloto del instrumento de medición en una

pequeña muestra y aconseja que cuando la muestra sea de 200 o más, se lleve a cabo la prueba piloto con entre 25 y 60 personas.

6. Se hizo el estudio piloto

Se eligió una muestra del Hospital General del Seguro Social y de Salubridad en Montemorelos, estado de Nuevo León, y se aplicaron 70 encuestas de las cuales se hizo una selección aleatoria de 32 elementos empleando las tablas de los números de random para luego analizarlas.

Hernández, et. al. (1991: 222), dice que "el uso de números random no significa la selección azarosa o fortuita, sino la utilización de una tabla de números que implica un mecanismo de probabilidad muy bien diseñado".

Confiabilidad y validez del instrumento

Después de aplicar la prueba piloto del instrumento de medición, se hizo el análisis estadístico con el programa de SPSS en la computadora para precisar la confiabilidad y validez del instrumento, donde se logró el coeficiente de confiabilidad de 0.70.

El nivel alpha de confiabilidad del instrumento cuyos datos se analizaron en esta investigación fue de .6651. El valor de alpha estándar fue de .6671.

Hernández et. al., (1991), menciona, que el coeficiente de confiabilidad pueden oscilar entre 0 y 1, donde un coeficiente de 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad.

8. Se elaboró la versión final del instrumento, sobre la experiencia de la prueba piloto, la revisión de la comisión asesora de la tesis y de las recomendaciones de los profesionales de la salud consultados.

Recolección de datos

Antes de recolectar los datos se visitó al Jefe de enseñanza del Hospital de Ginecología del Seguro Social de Monterrey y se solicitó el permiso para aplicar el instrumento al personal ya especificado pero no se concretó el objetivo, por lo cual este hospital no se incluyó en el estudio.

Se realizó una visita a los directores de las Instituciones de salud de los municipios de Allende, El Cercado de Santiago, General Terán, Linares y Montemorelos, quienes otorgaron el permiso para aplicar el instrumento de medición.

El instrumento fue aplicado por el mismo investigador con la ayuda y coordinación de los directores y jefes de puesto de cada institución.

En el municipio de Allende se aplicaron en total 35 encuestas, de las cuales 23 (100% del personal) fueron en el Seguro Social en donde una encuesta se invalidó porque no estaba terminada y en Salubridad 12 (92% del personal), descartándose 2 invalidadas por respuesta múltiple en la misma afirmación.

En el municipio del Cercado de Santiago se aplicaron 21 encuestas (70% del personal) en el seguro Social.

En el municipio de General Terán se aplicaron 17 encuestas, de las cuales 7 (70% del personal) fueron en el Seguro Social y 10 (90% del personal) en Salubridad.

En el municipio de Linares se aplicaron 73 encuestas, de las cuales 57 (65% del personal) fueron en el Seguro Social y en Salubridad 16 (94% del personal), descartándose 1 encuesta invalidada por respuesta múltiple a la misma afirmación.

En Salubridad del municipio de Montemorelos, se aplicaron 38 encuestas (41% del personal).

Hipótesis nulas

Todas las hipótesis se aplican al personal de salud en diversas instituciones de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León.

1. No existe diferencia significativa de conocimiento sobre lactancia materna referente al estándar de la OMS, UNICEF y la literatura pertinente entre el personal de salud en diversas instituciones de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León.
2. No existe diferencia significativa de conocimientos sobre lactancia materna entre las instituciones donde labora el personal de salud.
3. No existe asociación significativa de conocimientos sobre la lactancia materna entre el personal de salud y los años de servicio.
4. No existe diferencia significativa de conocimientos sobre lactancia materna entre el personal de salud de acuerdo a su sexo.
5. No existe diferencia significativa en la frecuencia de impartir orientación sobre la lactancia materna entre el personal de salud.
6. No existe diferencia significativa en la proporción que desarrollan e implementan algún programa para promover la lactancia materna entre el personal de salud.

7. No existe diferencia significativa de los métodos de apoyo utilizados para la promoción de la lactancia materna entre el personal de salud.
8. No existe diferencia significativa de la auto-percepción de la capacidad para promocionar la lactancia materna entre el personal de salud.
9. No existe diferencia significativa de institución o medio por el cual recibe mayor información para la capacitación sobre lactancia materna entre el personal de salud.

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron transferidos a la base de datos del programa SPSS para Windows, versión 6.0. El programa estadístico utilizado fue SPSS for Windows, versión 6.0. Las gráficas se hicieron en el programa Excel. Como procesador de texto se utilizó Ami Pro.

Las pruebas estadísticas utilizadas fueron las medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes, Análisis de covarianza, Correlación de Pearson, Chi Cuadrada, y Kruskal Wallis 1-Way ANOVA.

CAPITULO CUATRO

Resultados de la Investigación

El propósito de la investigación fue saber los conocimientos y métodos de apoyo utilizados para promocionar la lactancia materna entre el personal de salud de diversas instituciones de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León, México.

Este capítulo se organizó de la siguiente manera:

- * Datos demográficos
- * Hipótesis y resultados
- * Preguntas contestadas
- * Hallazgos

Datos demográficos

El instrumento utilizado para esta investigación contiene una sección que reúne información personal. Los datos demográficos usados representan a las variables independientes: institución, localidad, edad, sexo, nacionalidad, profesión, antigüedad.

La Tabla 4 presenta la frecuencia de acuerdo a la institución de trabajo, correspondiendo al IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) y a Salubridad (ver gráfica 1, Apéndice C).

Tabla 4			
Distribución de la muestra en relación a la institución de trabajo			
Institución	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
IMSS	107	59.4	59.4
SSA	73	40.6	100

En la Tabla 5, se observa la frecuencia por localidad, correspondiendo 72 a Linares, Montemorelos, Allende, Cercado de Santiago, y a General Terán, que representan el del total de la muestra. El mayor porcentaje de encuestas provino de Linares (ver gráfica 2, Apéndice C).

Tabla 5			
Distribución de la muestra en relación a la localidad			
Localidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Allende	32	17.8	17.8
Cercado de Santiago	21	11.7	29.4
General Terán	17	9.4	38.9
Linares	72	40	78.9
Montemorelos	38	21	100
Total	180	100	100

En la Tabla 6 se observa la tendencia de la distribución de la muestra de acuerdo a la edad de los encuestados. Las edades de la población encuestada estuvieron entre los valores de 18 como valor mínimo y 57 como valor máximo, un rango de 39 (ver gráfica 3, Apéndice C).

Tabla 6					
Distribución de frecuencias de acuerdo a la edad					
Media	33.72	Error Standard	0.67	Mediana	34
Moda	34	Desviación Standard	8.99	Varianza	80.9
Rango	39	Mínimo	18	Máximo	57

La Tabla 7 representa la frecuencia por Sexo. Correspondiendo al sexo femenino, 143 personas que representan el 79.4% y al sexo masculino 37 que representan el 20.6% de la muestra (ver gráfica 4, Apéndice C).

Tabla 7			
Distribución de Frecuencias en relación al Sexo			
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Femenino	143	79.4	79.4
Masculino	37	20.6	100
Total	180	100	100

En la Tabla 8 se observa que el total de la muestra es 180 casos y el 100% corresponde a la nacionalidad mexicana.

Tabla 8			
Distribución de frecuencias de acuerdo a la nacionalidad			
Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Mexicano	180	100	100
Extranjero	0	0	0
Total	180	100	100

La Tabla 9 muestra la frecuencia del personal de salud correspondiendo a enfermeras auxiliares, generales, especialistas, practicantes, pasantes y licenciadas y médicos generales, familiares, pasantes, pediatras, gineco-obstetras y cirujanos. Otros miembros del personal de salud incluyen promotores de salud, asistentes médicos, Licenciadas en Nutrición y de otras profesiones (ver gráficas 5 y 5a, Apéndice C).

Profesión	Frecuencia	Porcentaje	Femenino	Masculino
Médico general	23	12.8	4	9
Médico familiar	14	7.8	5	9
Pediatra	1	0.6	0	1
Gineco-obstetra	1	0.6	0	1
Cirujano	1	0.6	0	1
Pasante de medicina	8	4.4	5	3
Enfermera especialista	5	2.8	5	0
Licenciada en Enfermería	4	2.2	4	0
Enfermera general	35	19.4	35	0
Enfermera auxiliar	39	21.7	38	1
Enfermera técnica	7	3.9	7	0
Asistente médico	18	10	18	0
Pasante de enfermería	14	7.8	14	0
Practicante de enfermería	1	0.6	1	0
Promotor	1	0.6	0	1
Licenciada en Nutrición	2	1.1	2	0
Otra profesión	6	3.3	4	2

En la Tabla 10 se observa la tendencia de la distribución de la muestra de acuerdo a los años de trabajo. Los años de antigüedad de la población encuestada estuvieron entre los valores de 0 como valor mínimo y 30 como valor máximo, con un rango de 30 (ver gráfica 6, Apéndice C).

Tabla 10					
Distribución por años de trabajo (Antigüedad)					
Media	10.2	Error Standard	0.59	Mediana	8
Moda	1	Desviación Standard	7.61	Varianza	57.9
Rango	30	Mínimo	0	Máximo	30

Resultados

Pregunta Uno

¿Existe diferencia de conocimientos sobre lactancia materna enter el personal de salud referente al estándar de la OMS, UNICEF y la literatura y cuál es su nivel de conocimiento?

Hipótesis 1

No existe diferencia significativa de conocimiento sobre lactancia materna al estandar de la OMS, UNICEF y la literatura pertinente entre el personal de salud en diversas instituciones de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León.

Como se puede ver en la Tabla 11, estadísticamente se aplicó la prueba de análisis covarianza y el resultado fue que existe diferencia significativa de conocimientos sobre lactancia materna entre el personal de salud con un nivel de significancia de .012, cuando fueron controlados por covariantes de edad y antigüedad y que se está considerado junto con factores de sexo e institución (ver gráfica 7, Apéndice C). Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 11					
Análisis de covarianza de conocimientos sobre lactancia materna entre el personal de salud					
Variable	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Cuadrado de media	F	Nivel de significancia
Profesión	3007.621	15	200.508	2.114	0.012345

El índice de conocimiento fue de 57.10 puntos como valor mínimo (pasantes de enfermería) hasta 85.07 puntos como máximo (Licenciadas en Nutrición) y promedio general de profesionales de 70.36. En general los conocimientos del personal de salud en cuanto a la lactancia materna no se acercan al estándar de la OMS, UNICEF y la literatura ya que se encuentran por debajo del índice de conocimiento mínimo de 80. Sólo las Licenciadas en Nutrición alcanzó un índice crudo de 84, aunque la muestra representativa es mínima con sólo dos participantes de dicha profesión. En la Tabla 12 (ver Apéndice D) se observa la distribución de frecuencias en relación a los conocimientos sobre lactancia materna.

Pregunta Dos

¿Varían los conocimientos sobre lactancia materna del personal de salud de acuerdo a la institución donde laboran?

Hipótesis Dos

No existe diferencia significativa de conocimientos sobre lactancia materna entre las instituciones donde labora el personal de salud.

Se aplicó la prueba de análisis de covarianza y el nivel de significancia observado fue de .044, como se ve en la Tabla 13. Se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 13					
Análisis de covarianza de conocimientos sobre lactancia materna entre las instituciones donde labora el personal de salud					
Variable	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Cuadrado de media	F	Nivel de significancia
Institución	392.506	1	392.506	4.138	0.044

La media de puntos de las encuestas procedentes del IMSS fue de 71.7. La media de las encuestas de SSA fue de 67.95. De acuerdo a la prueba de hipótesis con análisis de covarianza se puede decir que sí varían los conocimientos sobre la lactancia materna de acuerdo a la institución en la que se labora (ver gráfica 8, Apéndice C).

Pregunta Tres

¿Están asociados los conocimientos sobre lactancia materna a los años de servicio del personal de salud?

Hipótesis Tres

No existe asociación significativa de conocimientos sobre lactancia materna entre el personal de salud y los años de servicio.

Aplicando la prueba de Correlación de Pearson, no existe una asociación significativa entre antigüedad e índice de conocimiento. El nivel de significancia observado fue de .455, y se acepta la hipótesis nula, como se puede ver en la Tabla 14 (ver gráfica 9, Apéndice C).

Tabla 14			
Análisis de Correlación de Pearson entre antigüedad e índice de conocimiento			
Variable Independiente	Variable Dependiente	Correlación	Nivel de significancia
Antigüedad	Índice de conocimiento	-0.0089	0.455

No se encontró asociación entre los años de servicio y los conocimientos sobre lactancia materna del personal de salud.

Pregunta Cuatro

¿Están relacionados los conocimientos sobre lactancia materna al sexo del personal de salud?

Hipótesis cuatro

No existe diferencia significativa de conocimientos sobre lactancia materna entre el personal de salud de acuerdo a su sexo.

No existe diferencia significativa de conocimientos de lactancia materna entre el personal de salud de acuerdo a su sexo, al aplicarse el análisis de covarianza. Como se observa en la Tabla 15 el nivel de significancia observado fue de .091, por lo que se acepta la hipótesis nula.

Tabla 15					
Análisis de covarianza de conocimientos sobre lactancia materna entre el personal de salud de acuerdo al sexo					
Variable	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Cuadrado de media	F	Nivel de significancia
Sexo	274.36	1	274.36	2.893	0.091

La media de puntos del personal del sexo masculino fue de 74.52, y del sexo femenino de 69.2. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre estas dos variables (ver gráfica 10, Apéndice C).

Pregunta Cinco

¿Qué miembros del personal de salud dan más orientación a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna?

Hipótesis Cinco

No existe diferencia significativa en la frecuencia de impartir orientación sobre la lactancia materna entre el personal de salud.

Existe diferencia significativa en la frecuencia de impartir orientación sobre la lactancia materna entre el personal de salud aplicando la prueba de Chi cuadrada y Kruskal Wallis ANOVA. El nivel de significancia es de .00066 y .0220 respectivamente de acuerdo a la Tabla 16 (ver gráfica 11, Apéndice C). Se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 16				
Frecuencia de impartir orientación sobre lactancia materna entre el personal de salud				
Variable	X ²	Nivel de significancia	Kruskal Wallis	Nivel de significancia
Profesión y frecuencia de orientación	106.64052	0.00066	25.5064	0.022

Los pediatras, cirujanos, gineco-obstetras y las enfermeras especialistas son las que orientan a las madres sobre la lactancia materna con mayor frecuencia.

Pregunta Seis

¿Qué miembros del personal de salud desarrollan e implementan algún programa para promocionar la lactancia materna?

Hipótesis Seis

No existe diferencia significativa en la proporción que desarrollan e implementan algún programa para promover la lactancia materna entre el personal de salud.

Aplicando Chi Cuadrada los datos recolectados se observa el nivel de significancia de .23981, por lo que se acepta la hipótesis nula. Esto se observa en la Tabla 17 (ver gráfica 12, Apéndice C).

Tabla 17		
Frecuencia de Desarrollo e Implementación de programas de promoción lactancia materna de acuerdo a profesión		
Variable	X²	Nivel de significancia
Profesión	19.57837	0.23981

Como se puede ver en la Tabla 18, no se puede especificar quién desarrolla más que otro, únicamente se puede observar que un 38.5% de los encuestados desarrollan e implementan algún programa de promoción de lactancia materna (ver gráfica 13, Apéndice C).

Tabla 18		
Frecuencia de desarrollo e implementación de programas para promocionar la lactancia materna		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sí	69	38.3
No	110	61.3
No contestaron	1	0.6
Total	180	100

Pregunta Siete

¿Cuál es el material de apoyo que más utiliza el personal de salud para promocionar la lactancia materna?

Hipótesis Siete

No existe diferencia significativa de los métodos de apoyo utilizados para la promoción de la lactancia materna entre el personal de salud.

Se aplicó la prueba de Kruskal Wallis y 1-Way ANOVA no paramétrica a cada variable. En tres de los métodos se observó diferencia significativa: en plática personal se encontró un nivel de significancia de .0259; en la plática en grupo el nivel de significancia fue de .0026; en el uso de rotafolio el nivel de significancia fue de .0403, como se observa en la Tabla 19 (ver gráfica 14, Apéndice C). Para estas tres variables se rechaza la hipótesis nula. En dos variables la diferencia no fue significativa: el uso de tríptico o folleto, con nivel de significancia de .1307, y el uso de video u otro medio audiovisual con un nivel de significancia de .2874. En estas dos variables se acepta la hipótesis nula.

Diferencia de métodos de apoyo utilizados para la promoción de la lactancia materna entre el personal de salud		
Variable	Kruskal Wallis	Nivel de significancia
Plática personal	28.7141	0.0259
Plática en grupo	36.3357	0.0026
Tríptico o folleto	22.4019	0.1307
Video u otro medio audiovisual	18.647	0.2874
Rotafolio	27.1054	0.0403

Como se puede observar en la Tabla 20 (ver Apéndice D), 99 personas indican que llevan a cabo la orientación de lactancia materna por medio de pláticas personales. La plática personal la utilizan más que otros el cirujano, la enfermera especialista y la licenciada en enfermería; la plática en grupo la emplean más que otros el pediatra, las enfermeras técnicas, así como el cirujano y las licenciadas en nutrición. El tríptico y folleto son utilizados mayormente por el pediatra, practicante de enfermería y promotor aunque de cada una de estos sólo se obtuvo una encuesta. El video es utilizado por el gineco-obstetra, el cirujano y las licenciadas en enfermería. El rotafolio es el material de apoyo utilizado con mayor frecuencia, por 78 personas, y es utilizado principalmente por el pediatra y el gineco-obstetra.

Pregunta Ocho

¿Quiénes del personal de salud tienen mayor seguridad al transmitir sus conocimientos sobre lactancia materna?

Hipótesis Ocho

No existe diferencia significativa de la auto-percepción de la capacidad para promocionar la lactancia materna entre el personal de salud.

Se aplicó el análisis estadístico Kruskal Wallis 1-Way ANOVA no paramétrica y se observó un nivel de significancia de .0711, por lo que se acepta la hipótesis nula. Se observa esto en la Tabla 21 (ver gráfica 15, Apéndice C).

Tabla 21		
Análisis de Kruskal Wallis sobre la auto-percepción de la capacidad para promocionar la lactancia materna entre el personal de salud		
Variable	Kruskal-Wallis	Nivel de significancia
Autopercepción	24.9301	0.0711

No se observa distinción significativa entre el personal de salud. Como se puede ver en la Tabla 20 (ver Apéndice D), un 78.4% del personal tiene seguridad al orientar sobre la lactancia materna a sus pacientes, aunque sus conocimientos no están muy acertados (ver gráfica 16, Apéndice C).

Pregunta Nueve

¿Cual es la institución o medio donde recibe el personal de salud mayor información para la capacitación sobre lactancia materna?

Hipótesis Nueve

No existe diferencia significativa de institución o medio por el cual recibe mayor información para la capacitación sobre lactancia materna entre el personal de salud.

Se aplicó la prueba de Chi cuadrada y se observó un nivel de significancia de .00000. Esto se puede ver en la Tabla 22 (ver gráfica 17, Apéndice C). Se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 22		
Análisis de X^2 sobre el lugar o medio principal de información sobre lactancia materna entre el personal de salud		
Variable	X^2	Nivel de significancia
Lugar o medio principal de información sobre lactancia materna	147.8005	:00000

La institución en la que labora el personal de salud es la fuente principal de información para la capacitación sobre lactancia materna, como se puede ver en la Tabla 23 (ver gráfica 18, Apéndice C).

Tabla 23		
Frecuencia de lugar o medio de información para capacitación sobre lactancia materna		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	12	6.7
Postgrado	4	2.2
Medios masivos de comunicación	3	1.7
Institución laboral	134	74.4
Otro medio	2	1.1
No contestaron	25	13.9
Total	180	100

Hallazgos

Al analizar los datos de esta investigación, se identificaron los siguientes hallazgos:

1. Existe poco personal preparado en el área de Nutrición en las instituciones encuestas. De un total de 180 personas encuestadas, únicamente dos, el 1.1% son Licenciadas en Nutrición.
2. Se encontró sólo un médico pediatra (0.6%), y un gineco-obstetra (0.6%) entre el personal de salud.

Resumen

Para realizar esta investigación se analizaron los datos de 180 encuestas, de miembros del personal de salud de el IMSS y la SSA en cinco municipios del estado de

Nuevo León, México. Se estudiaron nueve hipótesis, cuyos resultados se describen a continuación.

1. Existe diferencia significativa en conocimientos sobre lactancia materna referente al estándar de la OMS, UNICEF y la literatura pertinente entre el personal de salud. No hay consistencia de conocimientos.
2. Existe diferencia significativa de conocimientos sobre lactancia materna entre las instituciones donde labora el personal de salud.
3. No existe asociación significativa entre los conocimientos sobre la lactancia materna y los años de servicio del personal de salud.
4. No hay diferencia significativa entre el sexo del personal de salud en cuanto a conocimientos sobre lactancia materna.
5. Existe diferencia significativa en la frecuencia de impartir orientación a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna entre el personal de salud, siendo que el pediatra, cirujano, gineco-obstetra y enfermera especialista que tienen mayor contacto con la madre están haciendo un mayor esfuerzo por orientar, aunque es necesario mejorar sus conocimientos.
6. No existe diferencia significativa en la proporción de desarrollar e implementar algún programa para promover la lactancia materna entre el personal de salud. Esto es un poco inconsistente respecto a la hipótesis cinco, ya que si existe diferencia significativa en esta hipótesis.

7. Existe diferencia significativa de los métodos utilizados para la promoción de la lactancia materna entre el personal de salud; la plática personal, plática en grupo y rotafolio son las más frecuentes.
8. No hay diferencia significativa en cuanto a la auto-percepción de la capacidad para promocionar la lactancia materna entre el personal de salud.
9. Existe diferencia significativa de institución o medio por el cual recibe mayor información para la capacitación sobre lactancia materna entre el personal de salud.

CAPÍTULO CINCO

Resumen, Conclusiones y Recomendaciones

El propósito de este estudio fue saber los conocimientos y métodos de apoyo para promocionar la lactancia materna entre el personal de salud de diversas instituciones de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León.

Para esta investigación se identificó el problema: la promoción de la lactancia materna podría salvar cada año un millón de vidas en los países en desarrollo.

La literatura pertinente al caso menciona que la promoción de la lactancia materna es una labor prioritaria para la salud materno infantil que debe coordinarse entre el equipo de salud que está en contacto con la madre embarazada y lactante.

Se realizó un estudio descriptivo, y prospectivo para lo que se aplicó una encuesta sobre conocimientos, material de apoyo, y la auto-percepción al impartir orientación para promover la lactancia materna.

Se examinaron nueve hipótesis nulas. Entre ellas se encontró una diferencia significativa de conocimientos sobre lactancia materna al estándar de la OMS, UNICEF, y la literatura pertinente entre el personal de salud, así como también de acuerdo a la institución donde laboran, la frecuencia de impartir orientación y el uso de material de apoyo como plática personal, plática en grupo y el rotafolio. Se encontró una diferencia

significativa del lugar o medio por el cual el personal recibe mayor información sobre la lactancia materna.

Conclusiones

Los conocimientos de lactancia materna varían de acuerdo a la profesión del personal de salud; así como también la frecuencia de impartir orientación a las madres acerca de la importancia de la lactancia.

En respuesta al problema, de acuerdo a los datos obtenidos y analizados se puede decir lo siguiente:

1. Existe diferencia significativa de conocimientos sobre lactancia materna referente al estándar de la OMS, UNICEF y la literatura pertinente entre el personal de salud.
2. De acuerdo a la institución donde labora el personal de salud varían sus conocimientos sobre lactancia materna (IMSS 71.7 y SSA 67.95).
3. No existe asociación significativa entre los conocimientos sobre lactancia materna y los años de servicio del personal de salud.
4. No existe diferencia significativa de conocimientos de lactancia materna entre el personal de salud de acuerdo a su sexo; aunque la media del sexo masculina fue de 74.52 y del sexo femenino de 69.2
5. Existe diferencia significativa en la frecuencia de impartir orientación a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna entre el personal de salud (pediatra, cirujano, gineco-obstetra y las enfermeras especialistas).

6. No existe diferencia significativa en la proporción de desarrollar e implementar algún programa para promover la lactancia materna entre el personal de salud.
7. Existe diferencia significativa de los métodos utilizados para la promoción de la lactancia materna entre el personal de salud (plática personal, plática en grupo, rotafolio).
8. No hay diferencia significativa en cuanto a la auto-percepción de la capacidad para promocionar la lactancia materna entre el personal de salud.
9. Existe diferencia significativa de institución o medio por el cual reciben mayor información para la capacitación sobre lactancia materna entre el personal de salud (institución laboral).

Recomendaciones

1. Es preciso actualizar los conocimientos sobre lactancia materna, iniciándose en el periodo de la formación académica del personal de salud.
2. Enfatizar conocimientos sobre lactancia materna en el sector que está más necesitado en esta orientación.
3. Se recomienda implementar programas de lactancia materna en sus dos niveles:
 - a) capacitación al personal de salud
 - b) transmitir los conocimientos a las madres embarazadas y lactantes
4. Implementar programas de lactancia materna con materiales de apoyo como trípticos y folletos entre otros.

5. Se recomienda hacer una investigación que evalúe los planes de estudio y programas de las instituciones educativas encargadas de formar a los profesionales de salud en cuanto a salud materno-infantil.
6. Se recomienda hacer una investigación en las instituciones particulares de salud referente a la promoción de la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, C. J. Cuidados y nutrición del niño. Manual de enfermería. Universidad de Granada, España, 1993.
- Alvarez Alva, Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. Edit. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, D.F. 1991.
- Amador, Manuel, et. al. "Tendencias de la lactancia materna en Cuba y las Américas". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 116, No. 3 (1994): 204-211.
- Andre, G. Manual de dietética del niño. Editorial MASSON, México, 1987.
- Antrobus A.C.K. "Temas contemporáneos en la atención de la salud materno-infantil". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 100, No. 4, (1986): 387-397.
- Aplicación de la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Segunda Evaluación Octavo Informe sobre la situación sanitaria mundial. Vol. 1 Análisis mundial OMS y OPS.
- de Araujo Pereira Falcão Pimentel, Vania, et. al., "El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 110, No. 4, (1991): 311-318.
- Baena, Paz G.; Montero Olivares. Comunicación para la salud: una estrategia para la participación comunitaria. Edit. Pax México, 1989.
- Bases esenciales de la Salud Pública. Editorial Francisco Mendez. México, 1991.
- Best, John W. Cómo investigar en educación. Ediciones Morata, Madrid, 1982.
- Bethea, D.C. Enfermería Materno-infantil. Editorial Interamericana, México, 1987.

de Boer, A. S.; I. Darnton-Hill. "Lactancia materna en el hospital, preludio de una vida sana". Foro Mundial de la Salud. Vol 15:1994; pg. 68-70.

-----Boletín Hospital Amigo. Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud en México. Con cooperación de la OPS/OMS y UNICEF. Año 5, No.11, Noviembre 1995.

Brunner. Manual de la enfermera. Editorial Interamericana, México, 1991.

Bustos Lozano, C. "El pediatra de atención primaria y las actividades preventivas". Atención Primaria. 12, No. 4, (15 de septiembre, 1993): 183-184.

Campbell, William Giles, Stephen Vaughan Ballou, Carole Slade. Form and Style: Theses, Reports, Term Papers 7th Ed. Boston: Houghton Mifflin Company, 1986.

Carrada Bravo, Teodoro. "Diarrea en la infancia: Avances recientes y perspectivas epidemiológicas". Revista Mexicana de Pediatría. (Marzo-Abril, 1991): 57-77.

Castillo, Cecilia et. al. "Lactancia natural y estado nutricional del lactante chileno" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 119, -6: 1995, pg. 494-502.

Cerqueira, María Teresa. "Hábitos de lactancia en México". Cuaderno de Nutrición. 10, No.1 Enero-Febrero (1987): 33-38

Colunga, A. "La ablactación en el primer año de vida de los niños de San Antonio Solís". Enfermera al día. Septiembre, 1993.

Cruz Alamilla, Martín, et. al., "Frecuencia de la contaminación de la leche disponible en el Valle de México con estreptomycin, tetraciclina y penicilina". Salud Pública de México. 28, No. 4, (Julio-Agosto, 1986): 438-442.

Chin Rossiter, Joh. "La lactancia natural es la mejor solución". Foro Mundial de la Salud, Vol 14, 1993:317-319. (Extracto)

Danko, R.A. et a., "Método simplificado para evaluar la lactancia materna y la amenorrea" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 110, No. 1; (1991):15-25.

Dorothy. Enfermería Pediátrica. Editorial Interamericana, México, 1975.

Drew, G.K. Manual de nutrición pediátrica. Edición española, Ediciones Loyma, S.A. España, 1987.

- Duncan, Burris, et. al., "La lactancia materna exclusiva por lo menos durante 4 meses protege frente a la otitis media". Pediatrics Ed. Especial 35, No. 5, (1993): 249-254).
- Flores Alvarado, A. et. al., "Desnutrición en áreas rurales marginadas de la República Mexicana: epidemiología y programa de control". Salud Pública Mexicana, Vol 29, -4: Julio-Agosto 1987; pg. 293-298.
- Flores-Huerta. "La práctica del amamantamiento en México". Gaceta Médica de México. Vol. 131, No. 3, 1995; pág 298-299.
- de Freitas, Clara Lúcia, et. al. "Lactancia materna y malnutrición en zonas rurales de nordeste del Brasil". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 102, No. 3 (1987): 227-235.
- Fuertes, J. et. al. "Evaluación del Programa del Lactante en un centro de salud". Atención Primaria. 11, No. 8, (15 de mayo, 1993): 424-426.
- Gaskin, Ina May. Tu bebé en tu pecho, una liga de amor. México: Editorial Pax, 1987.
- Godbout, Jean-Yves. "La industria láctea y la producción de grasas". Foro Mundial de la Salud. Vol 13, (1992): 69-76.
- Gold, Marji. "Mejorando las técnicas de apoyo para la lactancia". Práctica Pediátrica. 4, No. 3 (Mayo 1995): 20-23.
- Hernández, R. Alimentación infantil. Ediciones Díaz Santos, Madrid, España, 1993.
- Hofvander Yngve, Charlotte Hillervik. "La lactancia natural en los hospitales suecos". Foro Mundial de la Salud. Vol 16, (1995): 109-113.
- Hull, D. Pediatría esencial. Editorial Manual Moderno, S. A. de C. V. México, 1991.
- "Informe de Bellagio: deficiencia de vitamina A y mortalidad en la niñez". Práctica Pediátrica. 3, No. 7 (Julio, 1994): 38-43.
- Issler, Hugo et al., "Duracão do aleitamento materno em uma área urbana de São Paulo, Brasil". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 106, No. 6 (1989): 513-523.
- James, John M. et. al. "Interrupción infrecuente de la lactancia materna en los lactantes ictericos tratados en su domicilio". Pediatrics. Ed. Especial; 36, No. 1 (1993): 41-43.

- Kerlinger, Freud. Investigación del comportamiento. Nueva Editorial Interamericana, México, D.F., 1984.
- Lacerva, Victor. Lactancia materna. El Manual Moderno, 1983.
- La lactancia materna en los textos médicos. Práctica Pediátrica. Vol. 3, No. 7: julio 1994; pág. 52.
- La Leche League, International, Edit. The Womanly Art of Breast-feeding. 3rd Ed. New American Library: 1981.
- Leche de vaca: No para el bebé. Atención Médica México, abril 1993; pág 63.
- Langer, Ana. "La alimentación durante el primer año de vida". Cuadernos de Nutrición. Oct-Dic. 1983: 17-32.
- Luengas Bartes, Javier. "Alimentación infantil ante la crisis económica". Práctica Pediátrica. Edic. Especial, (Dic. 1995): 26-28.
- Macías Beltrán, Pedro, et. al., "Frecuencia de desnutrición del niño en la comunidad huichol de Tuxpan, Municipio de Bolaños, Jalisco. Revista Mexicana de Pediatría. Septiembre-Octubre 1991: 279-288.
- Marín, Bárbara V. "Promoción de la lactancia materna mediante una acción educativa dirigida a mujeres embarazadas". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 104, No. 1 (1988): 14-21.
- Martines, J.C., et. al., "Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life". Bulletin of the World Health Organization. 67, No. 2 (1989): 151-161.
- Matute, Claudio D. "Lactancia materna y VIH". Práctica Pediátrica. 4, No. 12, (Dic. 1995): 9-11.
- McCann, Margaret F, Deborah E. Bender. "Prácticas de alimentación materno-infantil en zonas rurales de Bolivia". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 114, No. 1, (1993): 23-32 (Extracto).
- McJunkin, J. E., et. al. "Errors in formula concentration in an outpatient population". The Journal of Pediatrics. Vol 111, -6: December, 1986; pg. 848-850.
- Mock, N. et. al. "Marco conceptual para los sistemas de vigilancia nutricional. Bol of Sanit Panan Vol. 115, No. 6: 1993.

- Molbak K, et. al. "Risk factors for Cryptosporidium diarrhea in early childhood: a case-control study from Guinea-Bissau, West Africa. American Journal of Epidemiology. 139, No. 7 (1994): 734-740 (Extracto)
- Moore, N. Nutrición y dietética. Editorial Interamericana. México, 1991.
- Moreno Ruiz, María Elena, et. al. "Bacteriología de leche maternizada administrada por gastroclisis". Revista Mexicana de Pediatría. (Noviembre-Diciembre, 1991): 317-324.
- Motarjemi, Y., et. al. "Alimentos de destete contaminados: un importante factor de riesgo de diarrea y malnutrición asociada" Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 116, ·4:1994, pg. 313-330.
- Moxley S; M. Kennedy. "Strategies to support breastfeeding: Discarding mythes and outdated advice". Can Fam Physician; Oct. 1994: 1775-81. (Extracto)
- La mujer, la salud y el desarrollo en las Américas. OPS 1984.
- Murray, Christopher J.L.; Alan D. Lopez "Patrones de distribución mundial y regional de las causas de defunción en 1990". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 118, -4: 1995; pg. 307-343
- Normal Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente 1994. Secretaría de Salud.
- Octavo informe sobre la situación sanitaria mundial, 1990.
- Olivares, Manuel, et. al., "Ingreso nutricional de ácido fólico en lactantes que reciben lactancia materna". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 106, No. 3 (1989): 185-192.
- O'Quinn, John et. al. "Patrones de lactancia natural en la isla Montserrat". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 112, No. 6 (1992): 500-506.
- Organización Mundial de la Salud Educación para la salud. 1989: 197-234.
- Organización Mundial de la Salud. Serie de informes técnicos 842. La enfermera más allá del año 2000. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra, 1994.
- Palloni, Alberto, Guido Pinto Aguirre, Santiago Lastiri. "Efectos de la lactancia natural y del espaciamiento de los embarazos sobre la mortalidad en la primera infancia en México". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 171 No. 2, (1994): 97-115.

- Pérez Escamilla, Rafael. "Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 115, No. 3 (1993): 185-193.
- Pérez Escamilla, Rafael, Kathryn G. Dewey. "Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 114, No. 5 (1993): 399-406.
- Pérez Escamilla, Rafael, et. al. "Autoalimentación con biberón en una población urbana de bajos ingresos en México". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 119; Vol. 4 (1995): 283-291.
- Pérez Porcuna, X. M., et. al. "Evolución de la prevalencia de la lactancia materna en el ABS Manlleu (1988-1991)." Atención Primaria. Vol. 12, 4: 15 de Set. 1993; pg. 58-60.
- Pernoll, Martin L; Benson, Ralph C. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Edit. El Manual Moderno, México D.F., 1989.
- Plan de estudios de la Universidad Autónoma de Nuevo León, 1996.
- Plan de estudios de la Universidad de Montemorelos, 1996.
- Plan de estudios de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1974
- Plan de estudios de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1996
- Poskitt, E.M.E. Nutrición pediátrica práctica. Editorial Acribia, S.A. España, 1992.
- Primer Congreso Nacional de la Enfermería Perinatal. Escuela Nacional de enfermería y obstetricia, Centro de investigación materno-infantil, Gen. Trabajo Libre.
- Promoción de la lactancia natural. Foro Mundial de la Salud. Vol. 14, 1993; pág. 333-334.
- Promoción sanitaria y acción de la comunidad en Pro de la Salud en los países en desarrollo. OMS, Ginebra, 1995.
- Ramos . G. Alimentación normal en niños y adolescentes. Editorial Manual Moderno, S.A. de C. V. México, 1985.
- Ramos Padilla, Miguel Angel "Mortalidad infantil en Perú" Salud Pública de México. 29, No. 1 (1987): 93-103.

- Riley, Lee W. et. al., "Factores de riesgo de diarrea infantil aguda en una comunidad rural de Chiapas, México. Una estrategia de intervención". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 108, No. 2 (1990): 93-99.
- Riverón Corteguera, Raúl L. "Estrategias y causas de reducción de la mortalidad por diarrea infantil en Cuba, 1962- 1993". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 118, No. 3, (1995): 201-210.
- Rodríguez García, Rosalia, Lois A. Schaefer. "Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 111, No. 1 (1991): 1-14.
- Rossiter, Joh Chin. "La lactancia natural es la mejor solución". Foro Mundial de la Salud. Vol 14 (1993): 317-319.
- Saadeh, R., D. Benbouzid. "Lactancia materna y espaciamiento de los nacimientos: importancia de la obtención de información para las políticas de salud pública". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 111, No. 2, (1991):122-130.
- Sabulsky, Jacobo; et. al. "Alimentación en el primer mes de vida, por estratos sociales, Córdoba, Argentina". Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 119, :1: 1995; pg. 15-26.
- Salinas, C. Fundamentos de nutrición normal. Editorial Continental, México, 1973
- Salinas Martínez et al. Cuidados para el embarazo, parto y bebe. Instituto Nacional de Perinatología. México, 1992 págs.124-136
- La salud infantil . Foro Mundial de la Salud. Vol. 13, 1992; pág. 91.
- Sánchez de Dios, M. et. al. "Problemas de salud detectados en las revisiones del niño sano". Atención Primaria. 11, No. 9 (31 de mayo, 1993): .
- Sánchez Manuel. Elementos de salud pública. Editorial Francisco Mendez Cervantes. México, 1991 págs:157-161
- Scatena Villa, Tereza Cristina y Nilza Teresa Rotter Pelá. "Aleitamento materno e suplementação alimentar". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 106, No. 2 (1989): 108-116
- Schroeder, Dick y Kenneth H. Brown. "El estado nutricional como factor predictivo de la supervivencia infantil: síntesis de la asociación y cuantificación de su impacto global" Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 119, :2: 1995; pg. 121-134.

- Sian Kho Zam, Daw Esther. "Alimentación del lactante: algunas lecciones aprendidas en Yangon". Foro Mundial de la Salud. Vol 15, (1994): 438-440.
- Silva, Luis Carlos, et. al., "Características de la introducción de alimentos al lactante en Cuba". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 114, No. 5, (1993): 407-414.
- Solange Heller, Rowassont. Nutrición. Temas de pediatría. Editorial Interamericana, México D.F., 1996.
- Sotelo Cruz, Norbert. "Caracterización y correlación clínica (deficiencia de hierro y vitamina A)" Revista Mexicana de Pediatría. Julio-Agosto 1991: 227-236.
- Suárez Ojeda, Néstor. "Evaluación de servicios de salud materno-infantil en América Latina". Foro Mundial de la Salud. Vol 13 (1992): 140-143.
- "Supervivencia y desarrollo". Declaración de principios del UNICEF para la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, julio de 1993. 24-25.
- Tapia Granados, José A. "Algunas ideas críticas sobre el índice de desarrollo humano". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 119, No. 1, (1995): 74-87
- Ulate, Emilce. et. al., "Ablactación y alimentación de niños en una zona rural de Costa Rica". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 101, No. 3 (1986): 263-271.
- Una formación profesional mas adecuada del personal sanitario. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1993. Págs 1-5
- Valle González, et. al., Educación para la salud al magisterio. Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del Estado, México D.F. 1988.
- Vega, F.L. Alimentación y nutrición en la infancia. Editorial Francisco Mendez. México, 1991
- Vega Franco, Leopoldo. "Alergia a los alimentos". Revista Mexicana de Pediatría. (Marzo-Abril 1991): 89-92
- Vega Franco, L. García Hector. Bases esenciales de la salud pública. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.; 1991
- Vega López, María Guadalupe, Guillermo J. González Pérez. "Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 115, No. 2 (1993): 118-127.

- White, Elena G. de El Hogar Cristiano. Pacific Press Publishing Association, Mountain View, California, 1959.
- White, Elena G. de Ministerio de Curación. Pacific Press Publishing Association, Mountain View, California, 1959.
- Wright A, et. al. "Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding". Pediatrics. May 1996:669-75. (Extracto)
- Yawn, Barbara P. "Educación al Paciente". Enfermera al Día. Abril, 1994:4-5.
- Yoddumnern-Attig, et al., "Una visión popular de la educación nutricional". Foro Mundial de la Salud. Vol. 12, 1991; pág. 424-430.
- Zam. D. E. "Alimentación del lactante. algunas lecciones aprendidas en Yangon". Foro Mundial de la salud. Vol. 15, 1994; pág 438-440.

APÉNDICES

APÉNDICE A
INSTRUMENTO

1
Muy
de acuerdo

2
De acuerdo

3
No en desacuerdo
ni de acuerdo

4
En desacuerdo

5
Muy en
desacuerdo

- 1 2 3 4 5 Es necesario alimentar al lactante con leche materna, por lo menos los primeros cuatro a seis meses de vida.
- 1 2 3 4 5 Las fórmulas de leches maternizadas, en comparación con la leche materna son equivalentes.
- 1 2 3 4 5 Las leches maternizadas para lactantes son superiores a la leche materna.
- 1 2 3 4 5 Se debe dejar al criterio de la madre decidir cómo alimentar a su hijo, ya sea con leche materna o fórmulas de leche maternizada.
- 1 2 3 4 5 Si la madre no puede lactar a su hijo, puede elegir con toda confianza alimentarlo con leche ordinaria de vaca.
- 1 2 3 4 5 Una madre que padece tuberculosis o sida puede hacer el esfuerzo para lactar a su hijo.
- 1 2 3 4 5 se recomienda a las madres, iniciar con la ablactación de su niño a la edad de uno a cuatro meses de edad.
- 1 2 3 4 5 Además de la leche materna que recibe el niño, se debe complementar con otros alimentos iniciando entre los cuatro a seis meses de edad.
- 1 2 3 4 5 Se debe iniciar con la alimentación complementaria para el lactante, a partir de los siete meses de edad.
- 1 2 3 4 5 Es adecuado iniciar con la alimentación complementaria del lactante, entre los ocho meses a un año de edad.
- 1 2 3 4 5 La edad más adecuada del lactante para incorporarle la ablactación es después de haber cumplido un año de vida.
- 1 2 3 4 5 Después de iniciar con la ablactación se debe suspender la lactancia materna.
- 1 2 3 4 5 Al iniciar con la alimentación complementaria se debe dar al lactante cualquier alimento que él pueda tolerar, así como: huevo cocido, cereales, pollo, verduras licuadas.
- 1 2 3 4 5 La edad más adecuada para iniciar con jugos de frutas no cítricas, es entre el cuarto y el sexto mes de edad.
- 1 2 3 4 5 La miel de abeja es el mejor endulzante para las fórmulas lácteas de los niños.

PARTE III. TECNICAS Y AUTOPERCEPCION DE ENSEÑANZA DE LACTANCIA MATERNA

Por favor encierre con un círculo la respuesta que corresponda a su experiencia, de acuerdo a la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca

- 1 2 3 4 5 En su práctica laboral dedica un tiempo a dar orientación a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna.
- 1 2 3 4 5 La plática personal es el método que más utiliza para impartir orientación a las madres.
- 1 2 3 4 5 Generalmente presenta pláticas en grupo para orientar a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna.
- 1 2 3 4 5 Los trípticos o folletos es lo que mayormente utiliza al orientar a las madres para lactar a sus niños.
- 1 2 3 4 5 Al impartir temas de lactancia materna emplea con frecuencia el video, u otros medios audio-visuales.
- 1 2 3 4 5 Para promocionar la lactancia materna utiliza rotafolios.
- 1 2 3 4 5 Al impartir temas de lactancia materna se siente seguro de transmitir sus conocimientos.

PARTE IV. EXPERIENCIA PERSONAL

1. Marque con una **X** la opción que identifica, en su caso, el lugar donde recibió la mayor información en cuanto a lactancia materna

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela primaria | <input type="checkbox"/> Medios masivos de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Escuela secundaria | <input type="checkbox"/> Congresos |
| <input type="checkbox"/> Preparatoria | <input type="checkbox"/> Institución laboral |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | |
| <input type="checkbox"/> Posgrado | |
| <input type="checkbox"/> Otro | Especifique _____ |

2. ¿Desarrolló e implementó usted algún programa para promocionar la lactancia materna?

- Sí Especifique _____
- No

Comentario personal en cuanto a la encuesta:

Muchas gracias por su apoyo

APÉNDICE B
CARTA

Montemorelos, N.L., a 19 de Septiembre de 1996

Dr. Luis Enrique de la Garza
Director de Salubridad
Montemorelos, N.L.
P r e s e n t e.-

Distinguido Dr. de la Garza:

Por medio de esta carta me complace saludarlo muy cordialmente y desearle prosperidad en las actividades de su responsabilidad.

Mi nombre es Carmen Puchoc Esteban, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Montemorelos, en Montemorelos, N.L. Actualmente me encuentro desarrollando un proyecto de tesis titulado: "La diversidad de actitudes sobre educación en lactancia materna entre profesionales de diferentes especialidades en el sector salud, en cinco municipios del estado de Nuevo León".

Para esto se requiere la opinión de un grupo de profesionales de la salud como son: Médico General, Médico Familiar, Médico Pediatra, Médico Internista, Gineco-obstetra, Médicos internos y residentes, Lic. en Nutrición, Dietista, Lic. en Enfermería, Enfermera Especialista, Enfermera Auxiliar y los pasantes en general, cuya responsabilidad laboral es atender a las madres lactantes.

Por lo que es necesario aplicar una encuesta la cual será confidencial, por lo que solicito amablemente aplicar el instrumento en el momento que usted indique reunir a los participantes. El tiempo aproximado para contestar la encuesta es de 10 minutos.

Agradeciéndole de antemano por su apoyo quedo de usted,

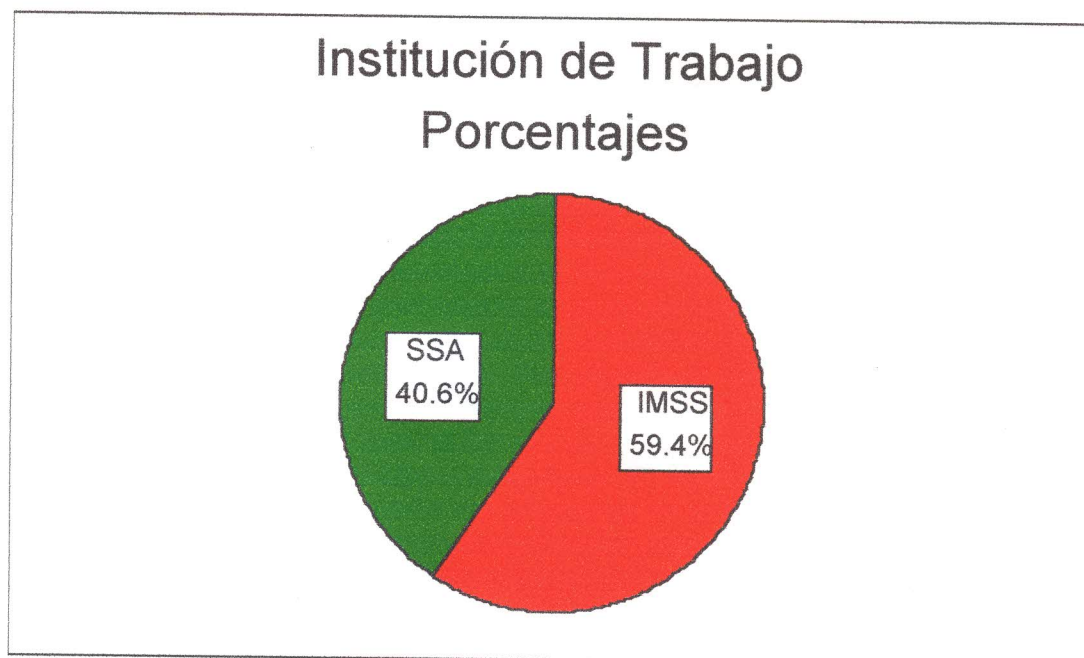
atentamente,

Lic. Nut. Carmen Puchoc

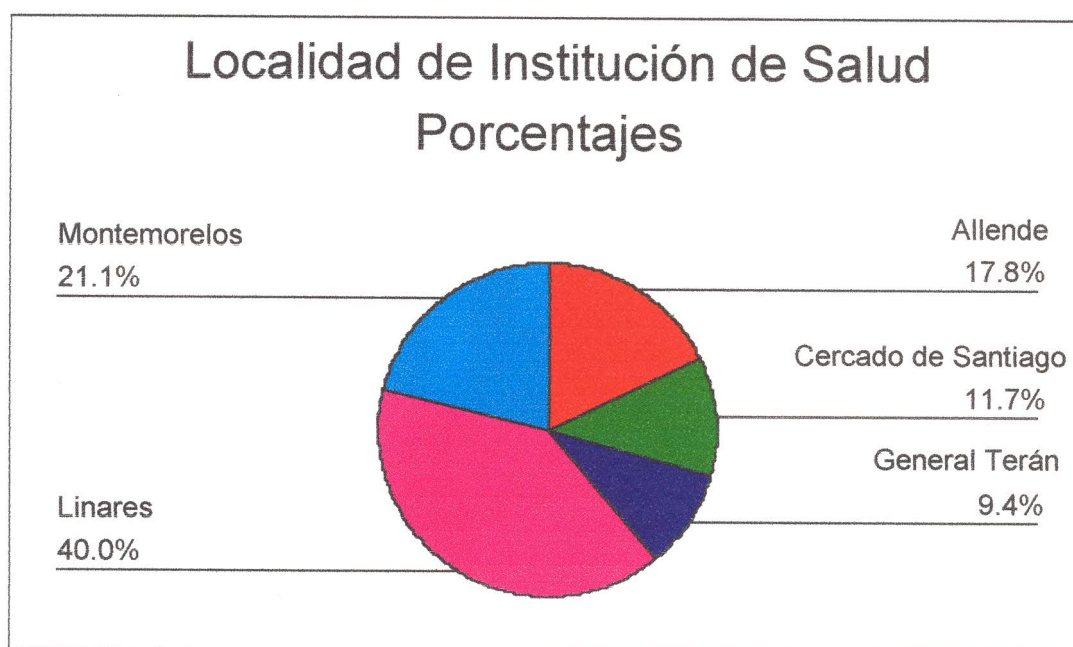
APÉNDICE C

GRÁFICAS

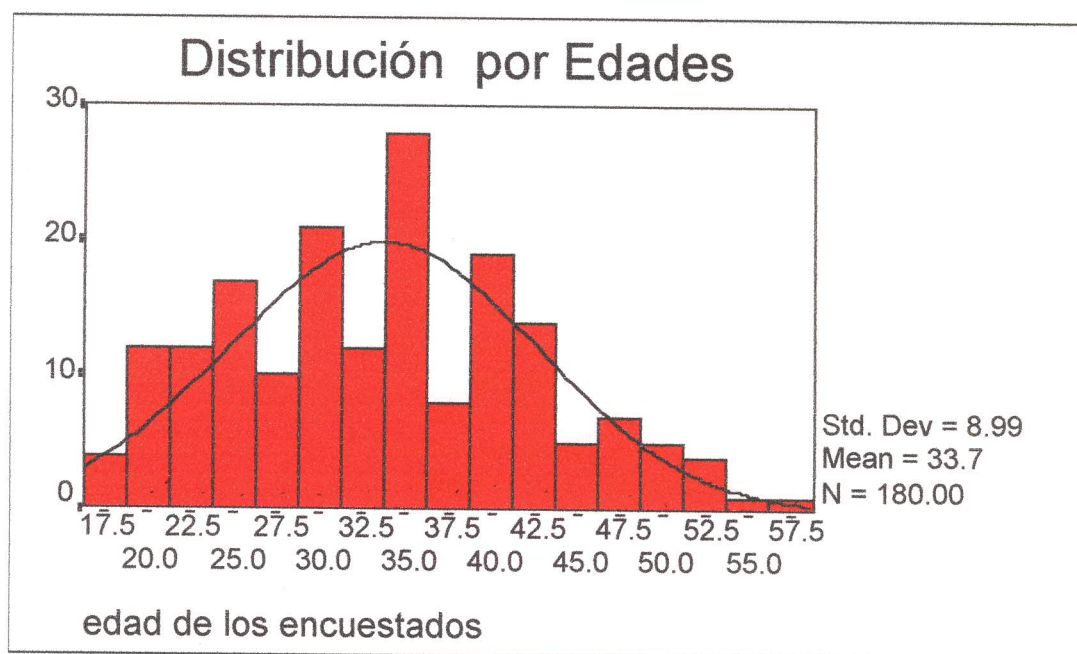
GRÁFICA 1



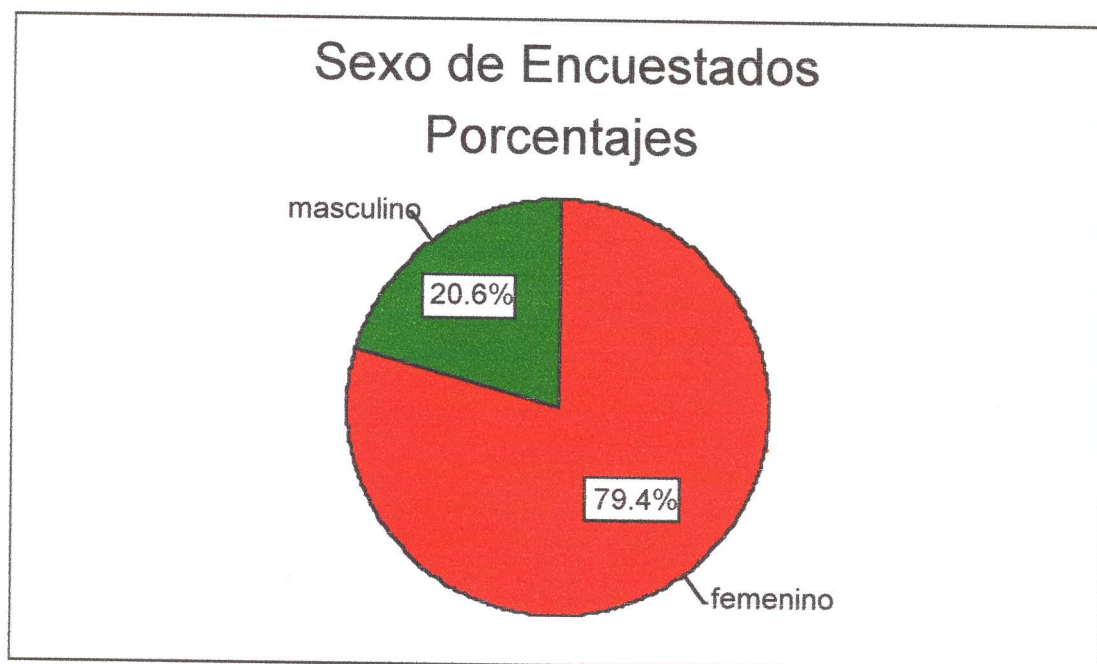
GRÁFICA 2



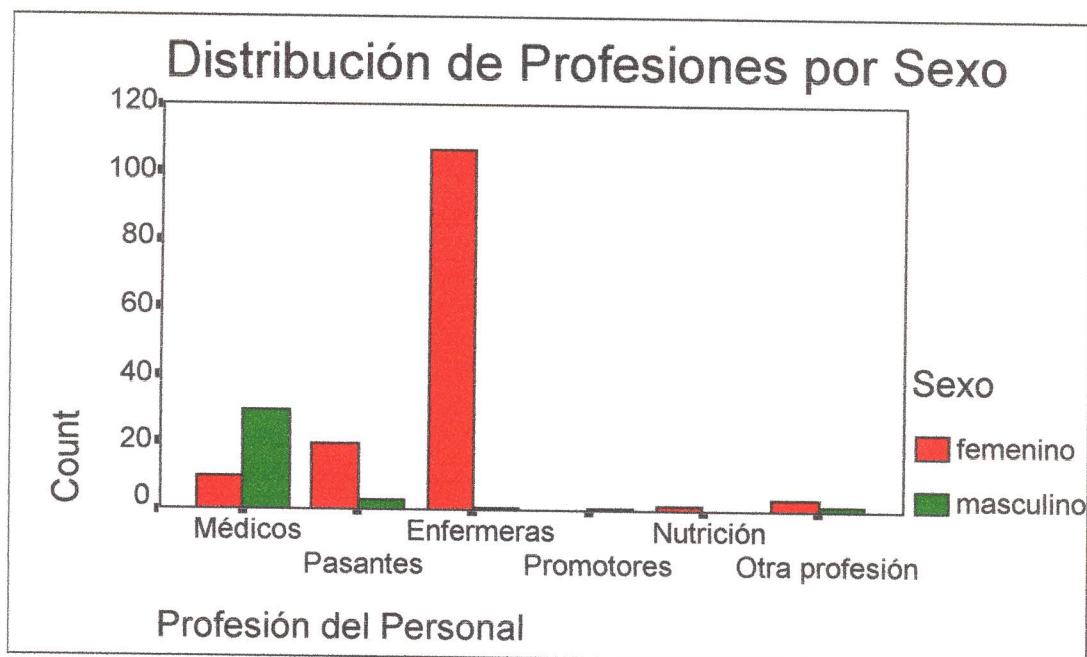
GRÁFICA 3



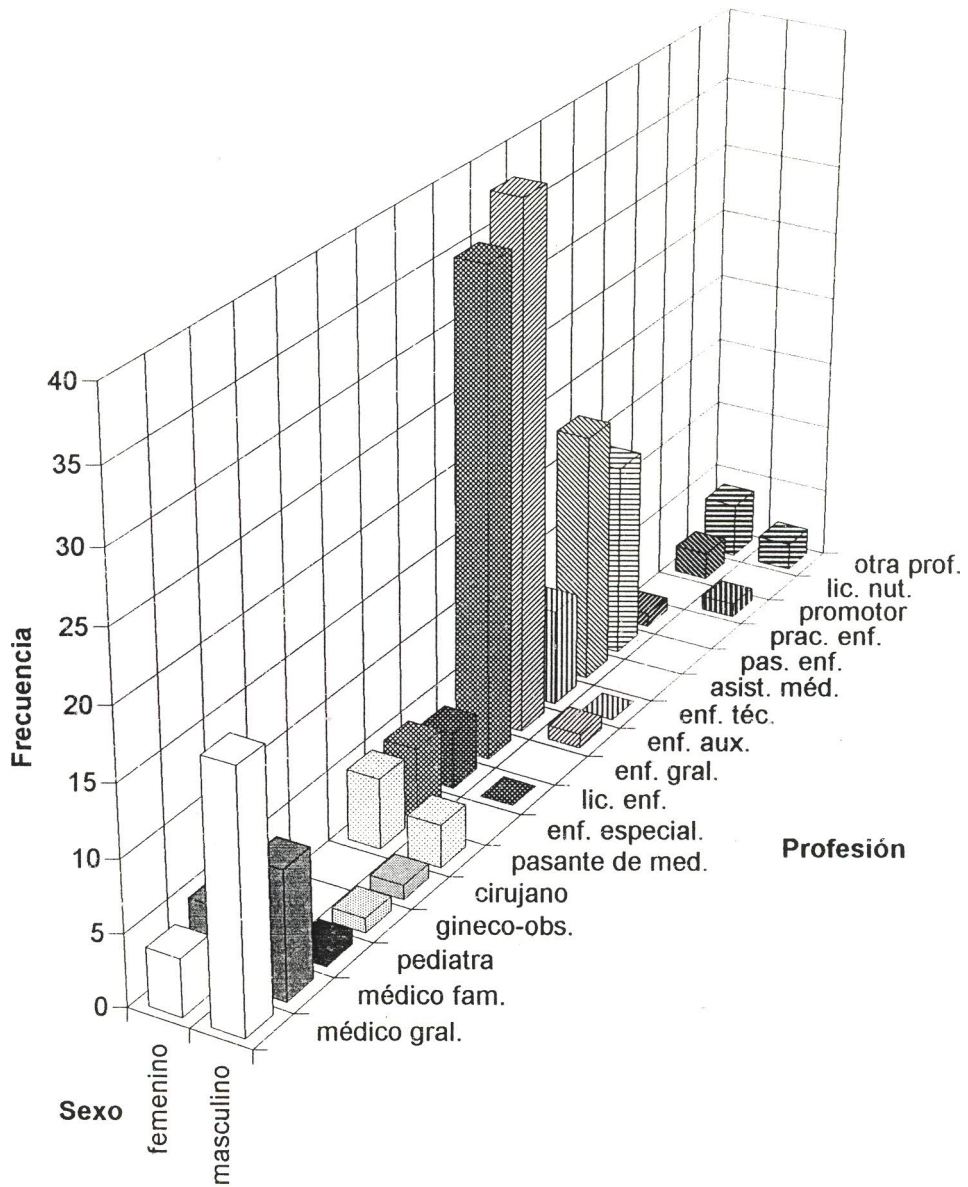
GRÁFICA 4



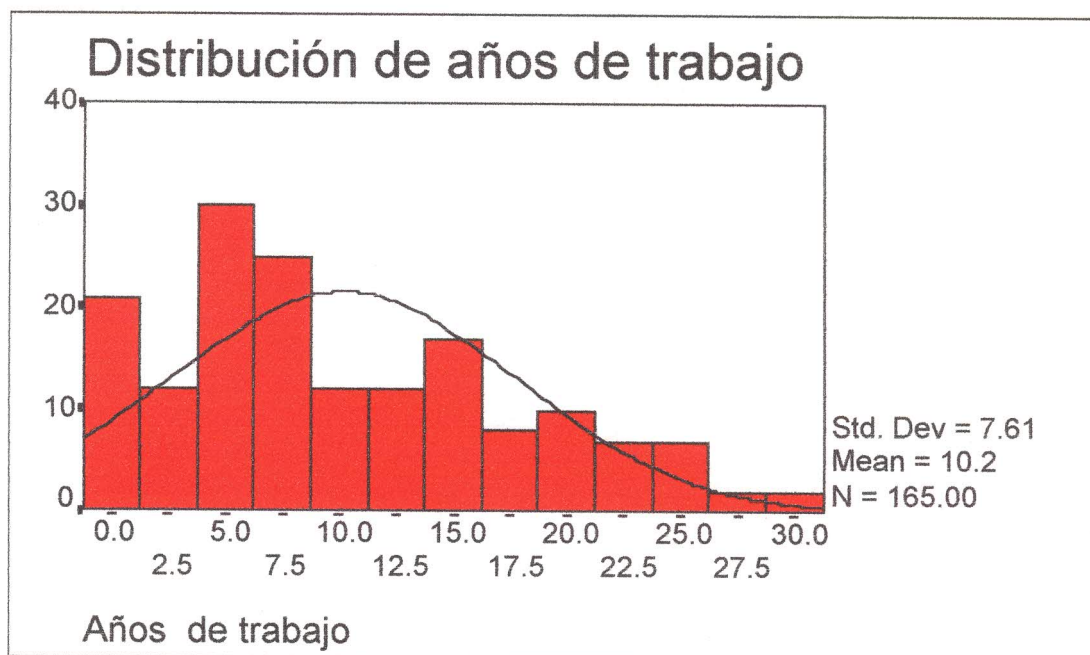
GRÁFICA 5



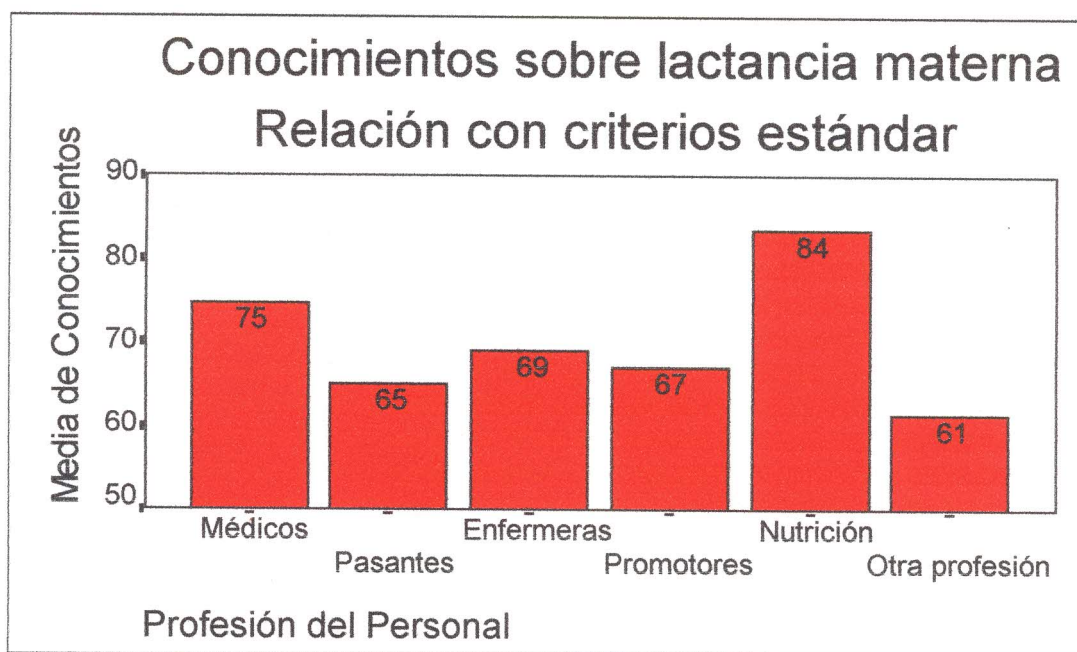
Distribución de profesionales por sexo



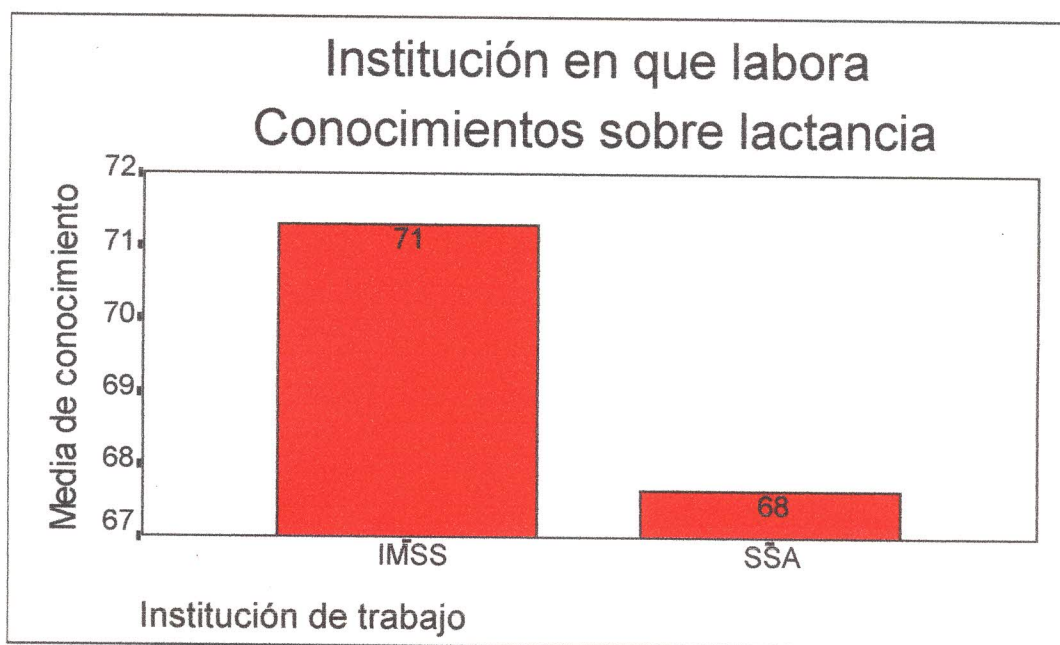
GRÁFICA 6



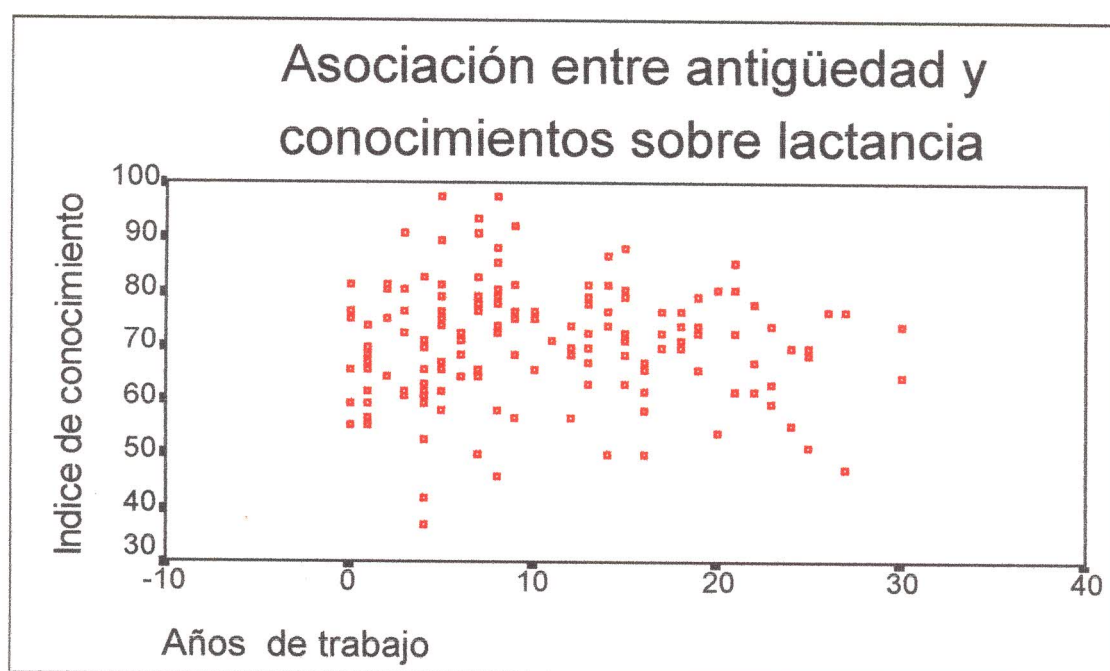
GRÁFICA 7



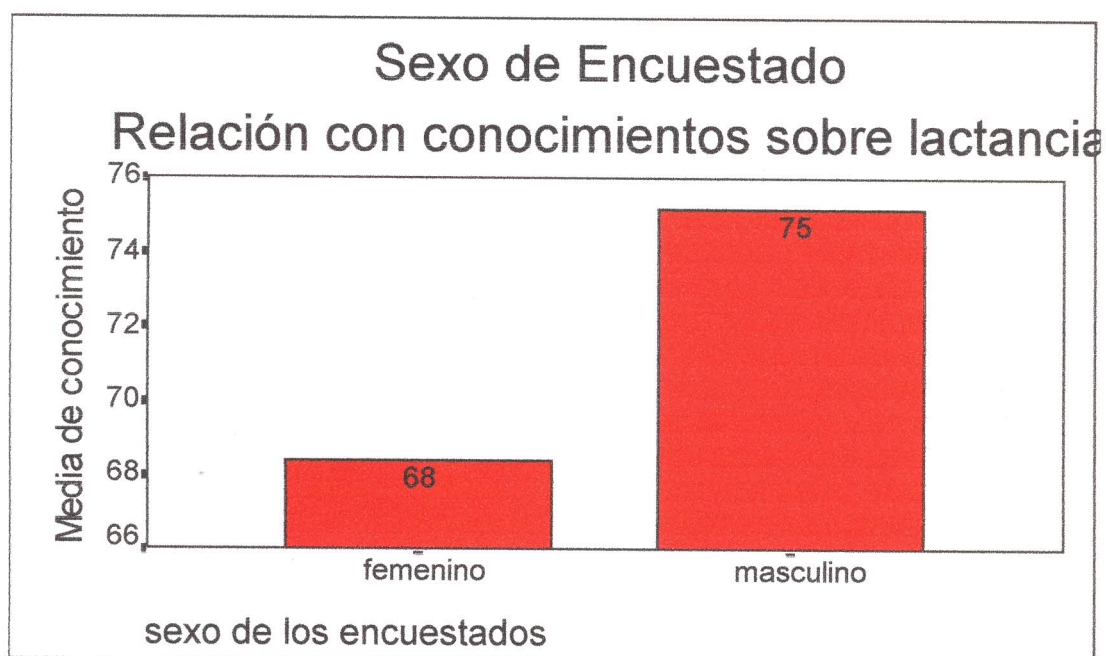
GRÁFICA 8



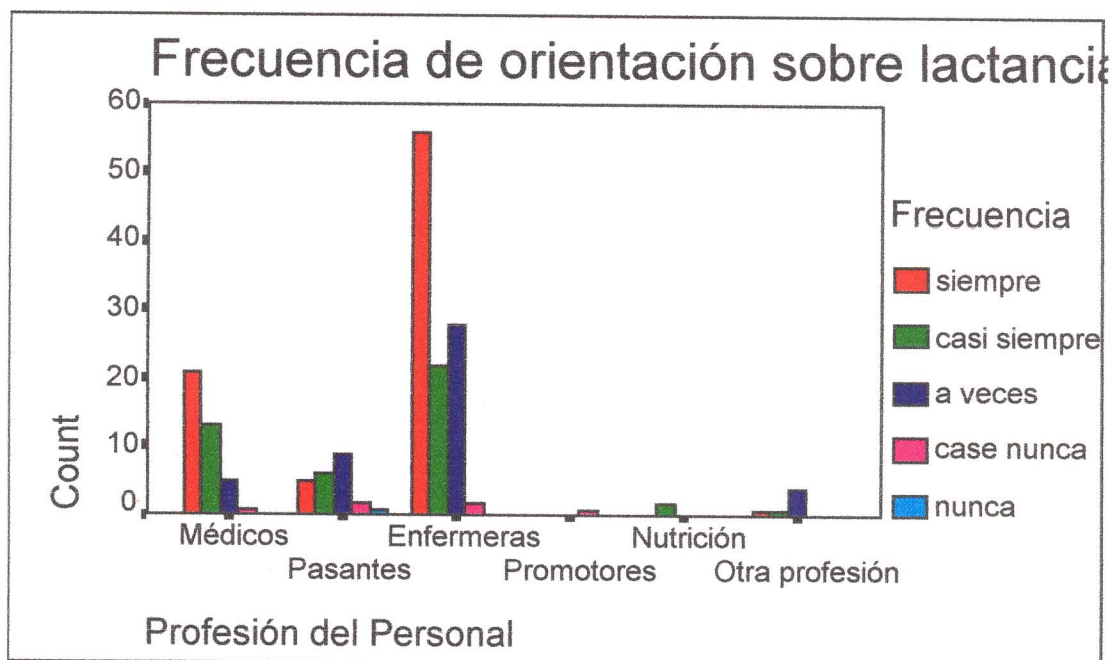
GRÁFICA 9



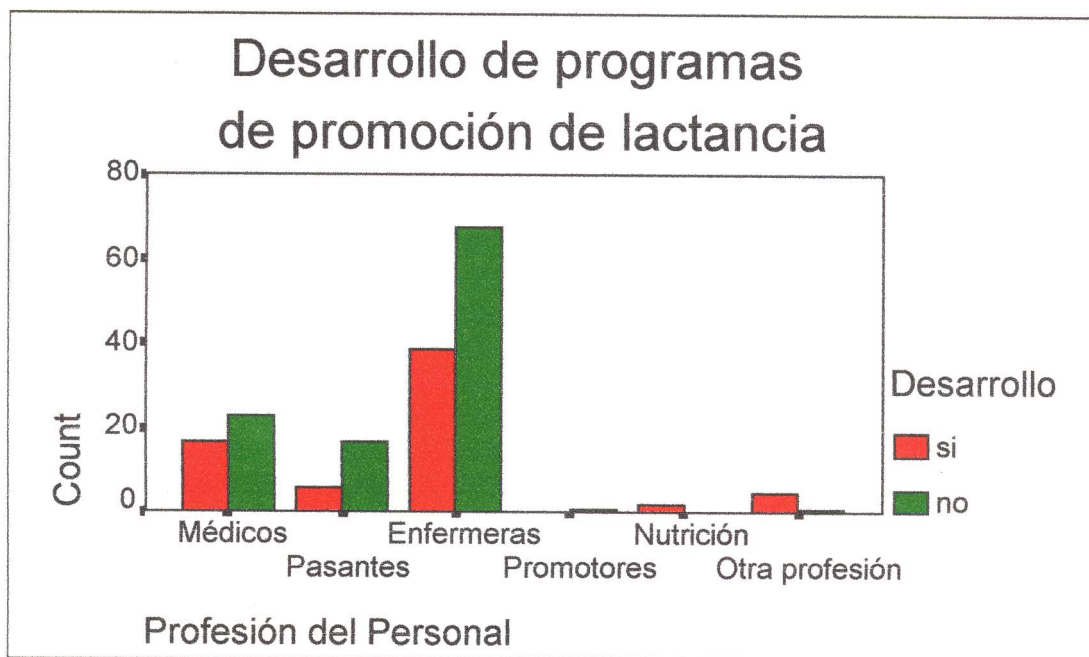
GRÁFICA 10



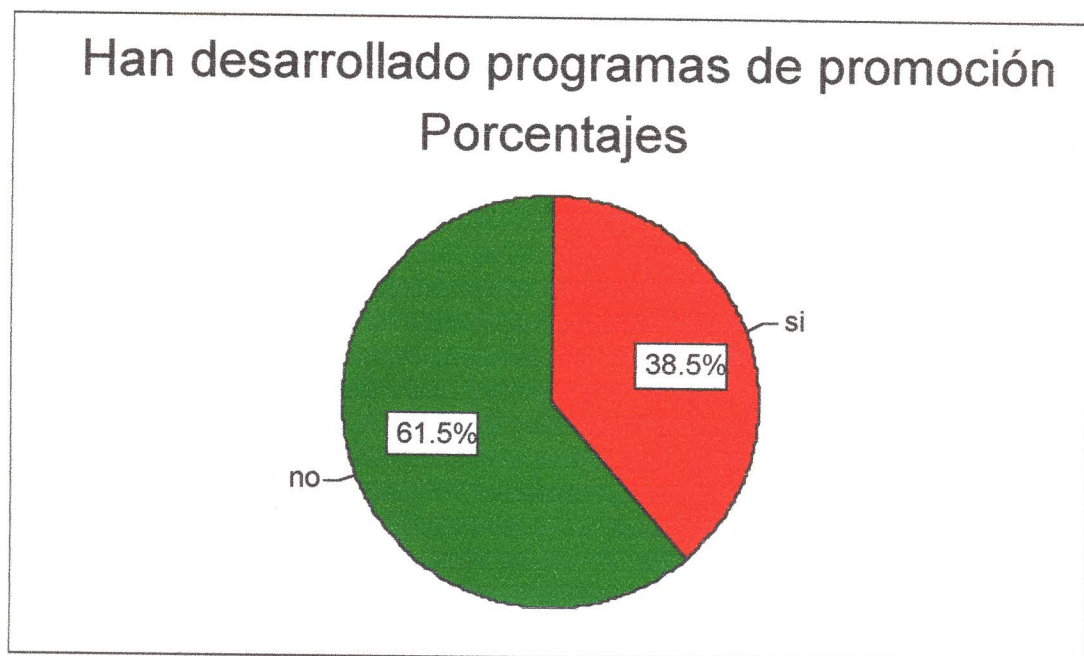
GRÁFICA 11



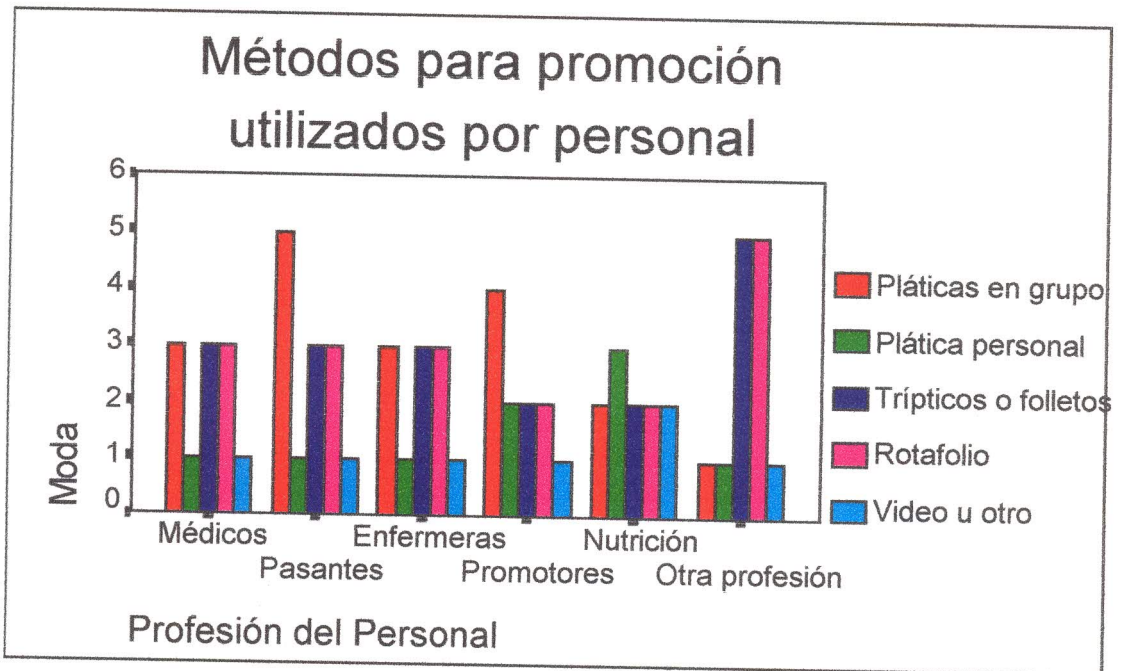
GRÁFICA 12



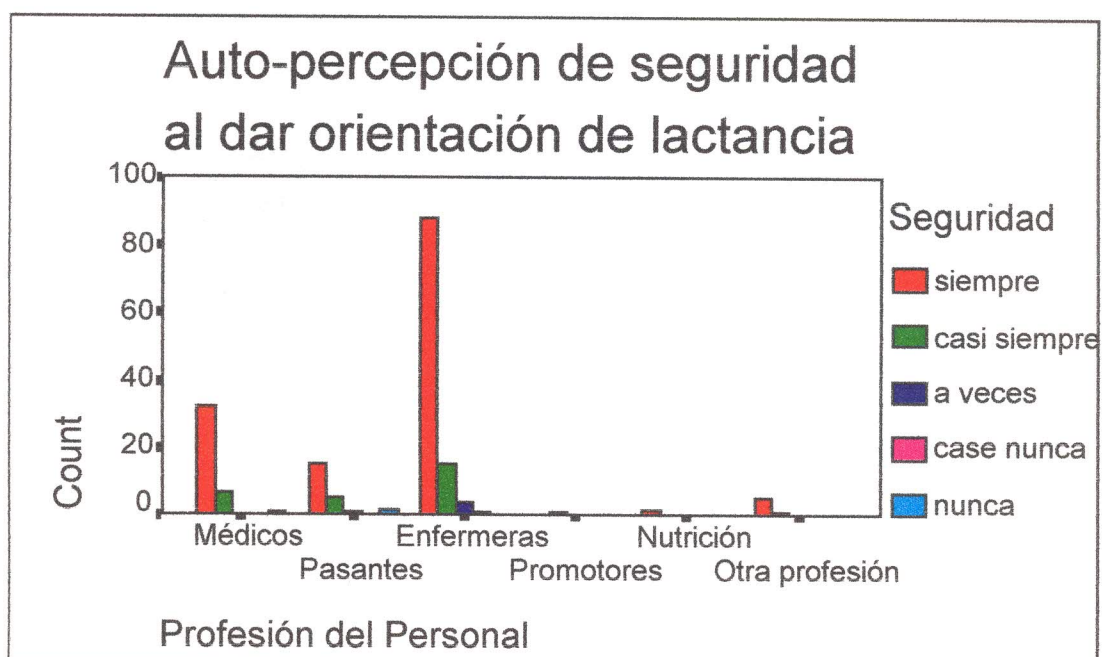
GRÁFICA 13



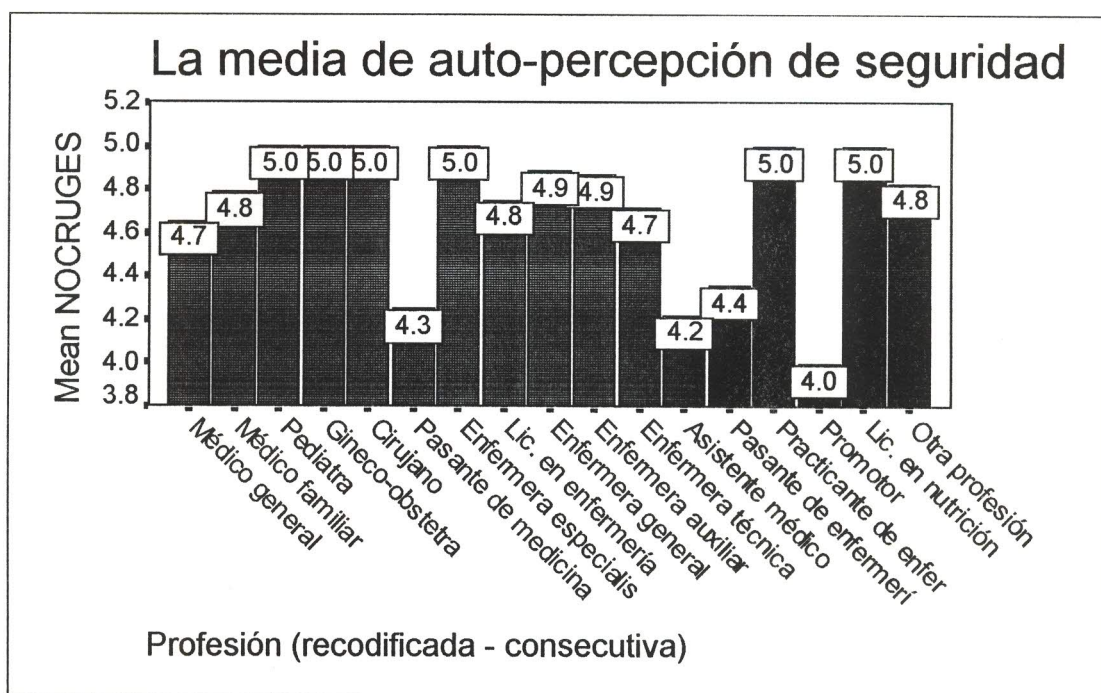
GRÁFICA 14



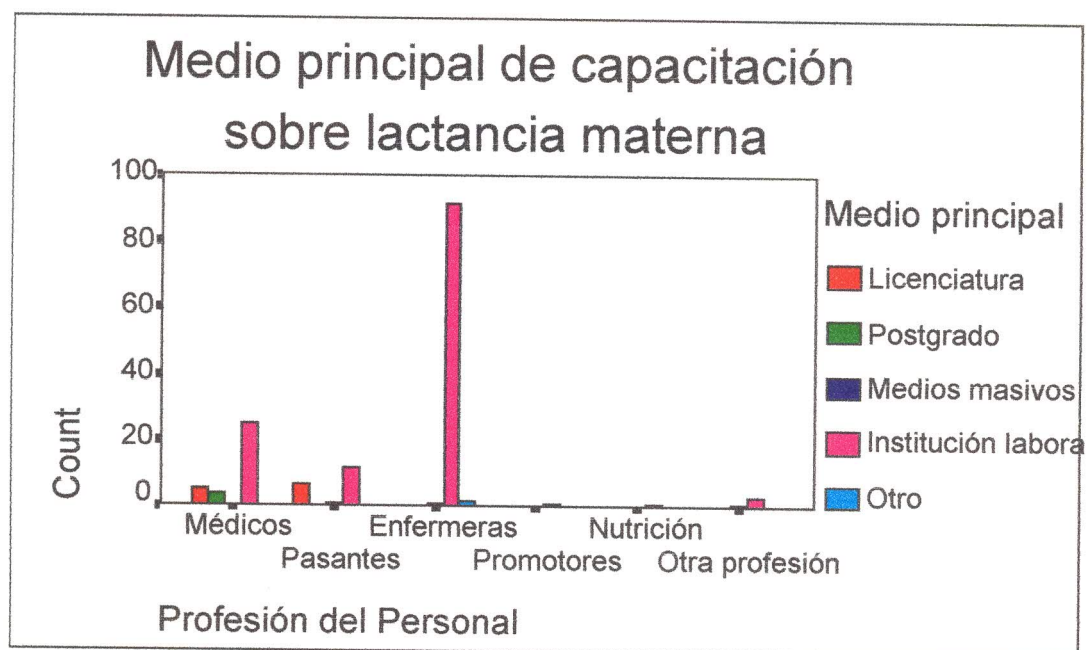
GRÁFICA 15



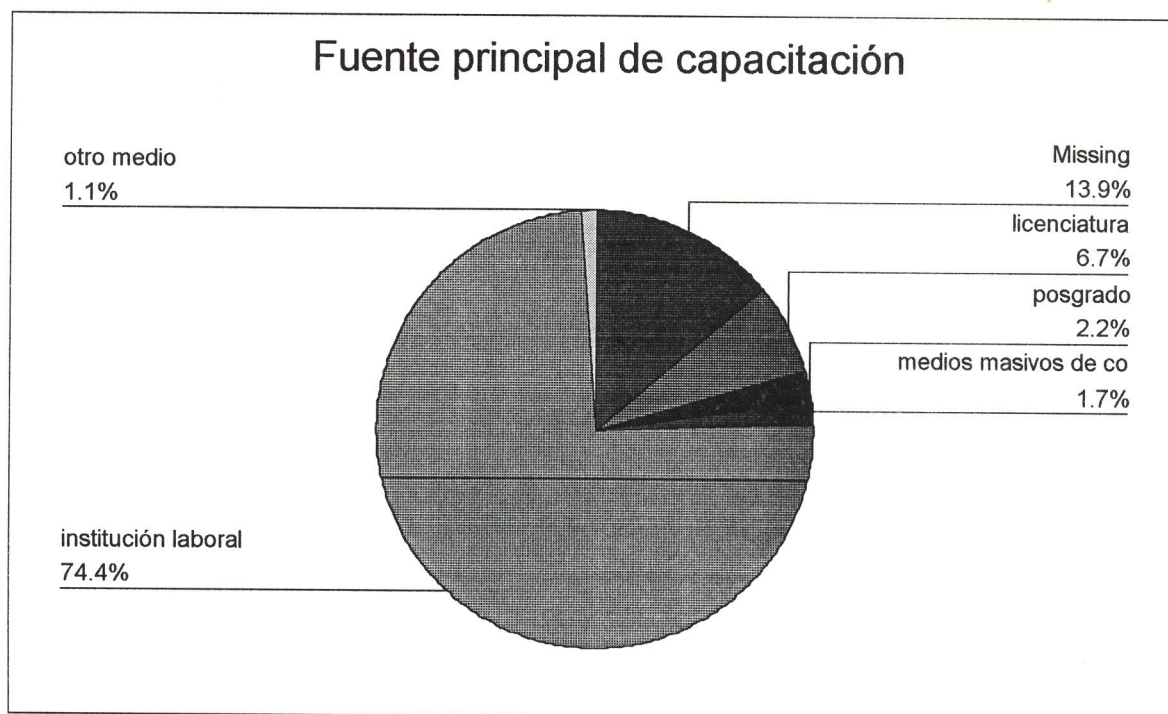
GRÁFICA 16



GRÁFICA 17



GRÁFICA 18



APÉNDICE D
TABLAS

Tabla 12

Distribución de frecuencia en relación a conocimientos sobre lactancia materna

Variable	Muy De acuerdo		De Acuerdo		No en Desacuerdo ni en acuerdo		En desacuerdo		Muy en desacuerdo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Lleche materna indispensable sólo el primer mes de vida	6	3.3	4	2.2	7	3.9	81	33.9	102	56.2	180	100
Lactancia sólo los tres primeros meses de vida	2	1.1	13	7.2	18	10	92	51.1	55	30.6	180	100
Lactancia único alimento los primeros 8 meses de vida	24	13.3	24	13.3	21	11.7	77	42.8	34	18.9	180	100
Lactancia hasta más de un año de edad	9	5	19	10.6	24	13.3	76	42.2	52	28.9	180	100
Lactancia por lo menos los primeros cuatro a seis meses de vida	121	67.2	53	29.4	1	0.6	1	0.6	4	2.2	180	100
Fórmulas equivalentes a la leche materna	2	1.1	35	19.4	20	11.1	73	40.6	50	27.8	180	100
Leches maternizadas superiores a leche materna	5	2.8	3	1.7	3	1.7	50	27.8	119	66.1	180	100
Dejar al criterio de la madre decidir como alimentar a su hijo	11	6.1	17	9.4	34	18.9	77	42.8	41	22.8	180	100
Sustituir leche materna con leche de vaca	3	1.7	17	9.4	19	10.6	75	41.7	66	36.7	180	100
Madre con tuberculosis o SIDA puede hacer el esfuerzo por amamantar	10	5.6	35	19.4	12	6.7	48	26.7	75	41.7	180	100
Inicio de ablactación de uno a cuatro meses de edad	8	4.4	16	8.9	16	8.9	76	42.2	64	35.6	180	100
Inicio de ablactación entre cuatro a seis meses de edad	74	41.1	75	41.7	5	2.8	15	8.3	11	6.1	180	100
Inicio de ablactación a partir de los siete meses de edad	29	16.1	59	32.8	23	12.8	58	32.2	11	6.1	180	100
Inicio de ablactación entre ocho meses a un año de edad	14	7.8	48	26.7	17	9.4	72	40	29	16.1	180	100
Inicio de ablactación después de un año de edad	6	3.3	16	8.9	13	7.2	75	41.7	70	38.9	180	100
Suspender la lactancia al iniciar la ablactación	2	1.1	17	9.4	26	14.4	87	48.3	48	26.7	180	100
Inicio de ablactación con cualquier alimento	22	12.2	60	33.3	16	8.9	51	28.3	31	17.2	180	100
Iniciar con jugos de frutas no cítricas entre el cuarto y sexto mes de edad	46	25.6	95	52.8	9	5	22	12.2	8	4.4	180	100
Miel de abeja mejor endulzante para las fórmulas	13	7.2	53	29.4	28	15.6	55	30.6	31	17.2	180	100

Tabla 20

Frecuencia de Orientación y Material de apoyo para promocionar la lactancia materna

Variable	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Dedican tiempo a dar orientación de lactancia materna	83	46.1	44	24.4	46	25.6	6	3.3	1	0.6	180	100
Utilizan plática personal al orientar	99	55	55	30.6	24	13.3	0	0	2	1.1	180	100
Presentan pláticas en grupo al orientar	25	13.9	30	16.7	63	35	21	11.7	41	22.8	180	100
Utilizan trípticos o folletos al orientar	23	12.8	29	16.1	69	38.3	21	11.7	38	21.1	180	100
Utilizan video u otro medio audiovisual al orientar	10	5.6	21	11.7	33	18.3	33	18.3	83	46.1	180	100
Utilizan rotafolio para promocionar la lactancia materna	42	23.3	36	20	49	27.2	13	7.2	40	22.2	180	100
Seguridad de transmitir sus conocimientos sobre lactancia materna	142	78.9	29	16.1	5	2.8	1	0.6	3	1.7	180	100

EXTRACTO DE LA INVESTIGACIÓN
**DIFERENCIA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU
PROMOCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD EN CINCO MUNICIPIOS
DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN**

Por:

Carmen María Puchoc Esteban

Universidad de Montemorelos
División de Postgrado e Investigación
Maestría en Salud Pública

Noviembre, 1996

Problema: ¿Existe diferencia de conocimientos de lactancia materna y métodos de apoyo utilizados para su promoción entre el personal de salud como: médico general, médico familiar, pediatra, gineco-obstetra, médico internista, médico cirujano, médico interno y residente, licenciada en enfermería, especialista en enfermería, enfermera general, enfermera auxiliar, asistente médico, promotores, licenciada en nutrición, dietista, técnicas de nutrición, pasantes y practicantes en general en diversas instituciones de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León?

Metodología: Se realizó una investigación descriptiva, y prospectiva por medio de una encuesta a 184 personas del personal de salud en cinco municipios del estado de Nuevo León que son: Allende, Cercado de Santiago, General Terán, Linares y Montemorelos, en el sector salud del IMSS y SSA. Los datos fueron recolectados por el investigador y analizados por medio del programa computacional estadística SPSS 6.0.

Resultados: Se estudiaron nueve hipótesis y se buscó la respuesta a nueve preguntas. Se encontraron los siguientes:

- 1: Existe diferencia significativa($p=0.012$) de conocimientos sobre lactancia materna referente al estándar de la OMS, UNICEF y la literatura pertinente entre el personal de salud.
- 2: De acuerdo a la institución donde labora el personal de salud varían sus conocimientos sobre lactancia materna (IMSS 71.7 % y SSA 67.95 %).
- 3: No existe asociación significativa entre los conocimientos sobre lactancia materna y los años de servicio del personal de salud.
- 4: No existe diferencia significativa de conocimientos de lactancia materna entre el

personal de salud de acuerdo a su sexo; aunque la media del sexo masculino fue de 74.52 % y del sexo femenino de 69.2 %.

- 5: Existe diferencia significativa($p=0.022$) en la frecuencia de impartir orientación a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna entre el personal de salud (pediatra, cirujano, gineco-obstetra y las enfermeras especialistas).
- 6: No existe diferencia significativa en la proporción de desarrollar e implementar algún programa para promover la lactancia materna entre el personal de salud.
- 7: Existe diferencia significativa de los métodos utilizados para la promoción de la lactancia materna entre el personal de salud (plática personal($p=0.026$), plática en grupo($p=0.003$), rotafolio($p=0.040$)).
- 8: No hay diferencia significativa en cuanto a la auto-percepción de la capacidad para promocionar la lactancia materna entre el personal de salud.
- 9: Existe diferencia significativa($p=0.000$) de institución o medio por el cual reciben mayor información para la capacitación sobre lactancia materna entre el personal de salud (institución laboral).

Hallazgos: Existe poco personal preparado en el área de Nutrición en las instituciones encuestadas. De un total de 180 personas encuestadas, únicamente dos, el 1.1% son Licencias en Nutrición. Se encontró sólo un médico pediatra (0.6%) y un gineco-obstetra (0.6%) entre el personal de salud encuestado.

Recomendaciones:

- ▶ Es preciso actualizar los conocimientos sobre lactancia materna, iniciándose en el periodo de la formación académica del personal de salud.
- ▶ Enfatizar conocimientos sobre lactancia materna en el sector que está más necesitado en esta orientación.
- ▶ Se recomienda implementar programas de lactancia materna en sus dos niveles:
 - a) capacitación al personal de salud
 - b) transmitir los conocimientos a las madres embarazadas y lactantes
- ▶ Implementar programas de lactancia materna con materiales de apoyo didáctico.
- ▶ Hacer una investigación que evalúe los planes de estudio y programas de las instituciones educativas encargadas de formar a los profesionales de salud en cuanto a salud materno-infantil.
- ▶ Hacer una investigación en las instituciones particulares de salud referente a la promoción de la lactancia materna.