

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO



**FACTORES ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y A
LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE
MADRES QUE HABITAN EN COMUNIDADES DE BAJA MARGINACIÓN
EN NUEVO LEÓN**

POR

LIC. ELIZABETH ANDREA MARTÍNEZ GONZÁLEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. MARÍA NATIVIDAD ÁVILA ORTIZ**

AGOSTO, 2017

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**FACTORES ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA Y A LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS DE 6 A
24 MESES DE MADRES QUE HABITAN EN COMUNIDADES DE
BAJA MARGINACIÓN EN NUEVO LEÓN**

POR

LIC. ELIZABETH ANDREA MARTÍNEZ GONZÁLEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAestrÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

DIRECTORA

DRA. MARÍA NATIVIDAD ÁVILA ORTIZ

AGOSTO, 2017

FACTORES ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y A LOS
HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE MADRES QUE
HABITAN EN COMUNIDADES DE BAJA MARGINACIÓN EN NUEVO LEÓN

Aprobación de tesis

Dra. María Natividad Ávila Ortiz

Presidenta

Dr. en C.S. Esteban Gilberto Ramos Peña

Secretario

Dra. Ana Elisa Castro Sánchez

Vocal

Dr. en C.S. Esteban Gilberto Ramos Peña

Subdirector de Investigación, Innovación y Posgrado



COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis APROBÓ la tesis titulada: “**Factores asociados a la lactancia materna exclusiva y a los hábitos alimentarios en niños de 6 a 24 meses de madres que habitan en comunidades de baja marginación en Nuevo León**” presentada por la **Lic. Elizabeth Andrea Martínez González**, con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, Nuevo León a _____ del 2016

Dr. en C.S. Esteban Gilberto Ramos Peña

Presidente

Dra. María Natividad Ávila Ortiz

Secretario

Dra. Ana Elisa Castro Sánchez

Vocal



DR. en C.S. ESTEBAN GILBERTO RAMOS PEÑA
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DELA U.A.N.L.
P R S E N T E:

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y Codirección de la tesis titulada: **“FACTORES ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y A LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE MADRES QUE HABITAN EN COMUNIDADES DE BAJA MARGINACIÓN EN NUEVO LEÓN”** presentada por **Elizabeth Andrea Martínez González**. Con la finalidad de obtener su grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envié un cordial saludo.

Atentamente
“Alere Flammam Veritatis”
Monterrey, Nuevo León a _____ de 2016

Dra. María Natividad Ávila Ortiz
Director de Tesis

Dr. en C.S. Esteban Gilberto Ramos Peña
Co-Director de Tesis

Agradecimientos

A Dios, por darme salud y fortaleza, por iluminarme durante éste trayecto y por darme voluntad en momentos difíciles, gracias por haberme permitido cumplir con éxito esta maestría.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el apoyo brindado para la realización de mis estudios de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

A la Dra. Ma. Natividad Ávila Ortiz, por su apoyo, consejo, paciencia y horas de trabajo dedicadas a lo largo de la maestría para la realización de este trabajo,

Al Dr. Ramos y a la Dra. Castro por su apoyo y asesoramiento para la realización de este trabajo.

A mi esposo, Oscar, por todo su apoyo durante esta trayectoria, tanto en los buenos momentos como en los turbulentos, gracias, también por siempre motivarme y ayudarme a seguir adelante para cumplir esta meta.

Gracias a mi hija, Andrea Catalina, por darme fuerzas para salir adelante y superarme, gracias por tu cariño y afecto por ser mi motivación para la realización de este trabajo.

Gracias a mi familia, por brindarme su amor, tiempo y esfuerzo, sin su apoyo y su ayuda, cumplir esta meta no habría sido posible, gracias por sus palabras de ánimo cuando lo necesitaba.

Gracias a mis suegros, por su ayuda y apoyo durante esta etapa.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Página
1. ANTECEDENTES.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Marco conceptual.....	2
1.3 Antecedentes.....	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
3. JUSTIFICACIÓN.....	26
4. HIPÓTESIS.....	28
5. OBJETIVOS.....	29
5.1 Objetivo general.....	29
5.2 Objetivo específicos.....	29
6. METODOLOGÍA.....	30
6.1 Diseño del estudio.....	30
6.2 Población.....	30
6.3 Criterios de selección.....	30
6.4 Técnica muestral.....	31
6.5 Calculo de tamaño de muestra.....	31
6.6 Variables.....	33
6.7 Instrumentos de medición.....	37
6.8 Procedimientos.....	38
6.9 Plan de análisis.....	38
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41

8. RESULTADOS.....	44
8.1 Resultados cuantitativos.....	44
8.2 Resultados cualitativos.....	62
9. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	73
9.1 Discusión cuantitativa.....	73
9.2 Discusión cualitativa.....	75
10. CONCLUSIONES	79
11. REFERENCIAS	80
ANEXOS	89
ANEXO A: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	90
ANEXO B: CUESTIONARIOS DE COLECCIÓN DE DATOS.....	92
ANEXO C: GUÍA DE ENTREVISTAS.....	99
ANEXO D: SEUDÓNIMOS DE ENTREVISTAS.....	102
ANEXO E: FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES	103

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Edad de la madre	44
2. Origen de las madres de estudio	44
3. Características sociodemográficas de las madres y escolaridad del padre.	45
4. Razón principal por la cual se dejó la lactancia materna	46
5. Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva.	47
6. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (LME)	49
7. Duración de la lactancia materna exclusiva	49
8. Lactancia materna en niños de 6 a 24 meses.	50
9. Conocimientos y creencias de las madres acerca de la lactancia materna.	50
10. Tabla de contingencia para lactancia materna exclusiva por factores sociodemográficos.	51
11. LME asociada con principales razones para dejar de amamantar.	54
12. Tabla de contingencia para lactancia materna exclusiva por distintos factores.	55
13. Asociación de la LME con conocimientos y creencias.	58
14. Hábitos alimentarios de niños de 6 a 24 meses.	59
15. Frecuencia alimentaria de niños de 6 a 24 meses.	59
16. Consumo de distintos alimentos en niños de 6 a 24 meses.	59
17. Regresión logística de variables asociadas en la prueba Chi-cuadrada.	61

RESUMEN

Fecha de graduación: Agosto de 2017

Lic. Elizabeth Andrea Martínez González

Universidad Autónoma de Nuevo León

Maestría en Ciencias en Salud Pública

Programa Interfacultades

Título del Estudio: FACTORES ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y A LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE MADRES QUE HABITAN EN COMUNIDADES DE BAJA MARGINACIÓN EN NUEVO LEÓN

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Número de páginas: 103

Propósito y Método del Estudio: Identificar los factores asociados a la lactancia materna exclusiva y a los hábitos alimentarios en niños de 6 a 24 meses de madres de baja marginación en Nuevo León, se realizó un estudio transversal, mixto, en lo cualitativo con enfoque fenomenológico, a 218 madres mayores de 18 años y con hijos de entre 6 y 24 meses en la sala de espera de un hospital privado de Monterrey.

Contribución y Conclusiones: El estudio permitió conocer que los principales factores relacionados al abandono de la lactancia materna exclusiva, en mujeres de baja marginación, se deben a que la madre regresa al trabajo, el que piense que tiene leche insuficiente y el uso de biberón ($p < 0.05$). Además, la prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses fue de 25.7%. Se encontró también que las madres se preocupan por que sus hijos tengan una alimentación saludable, por lo que mencionan que su dieta debe de ser variada y equilibrada. Pese a que el 96.3% de las madres presentan conocimientos y creencias favorables (83.9%) sobre lactancia se descubrió que la mayoría abandona la lactancia a los tres meses de edad del menor, por lo que es necesario educar e

informar a la madre sobre el crecimiento y desarrollo del bebé de tres meses e informarle que en esta etapa el bebé puede a travesar por una “crisis de crecimiento”, lo cual conlleva una mayor demanda de leche materna y una nueva adaptación entre el bebé y su madre en relación a su alimentación. También en las entrevistas las participantes dejan claro que es de suma importancia, se sigan promoviendo leyes que protejan y promocionen la lactancia materna.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción

Desde tiempos remotos, y gracias a la naturaleza del cuerpo humano, la lactancia materna ha sido una fuente de alimento y una fuente para el vínculo que se crea entre la madre y su hijo. La lactancia materna es de suma importancia para el desarrollo de los hijos, esto debido a los nutrientes, y anticuerpos que posee, no obstante, se ha observado que la lactancia materna exclusiva ha disminuido a nivel mundial y esto debido a distintas causas, como el no saber cómo realizar esta práctica, la educación de la madre, el dolor del pecho de la madre, la practicidad, entre otras. Se ha observado que, gracias al decremento de lactancia materna exclusiva, ha incrementado un 60% la morbilidad y la mortalidad en niños menores a 5 años, por lo que se puede considerar a esto un problema de salud pública.

La lactancia materna es una práctica la cual se puede ver también como una medida preventiva para el niño y la madre, ya que al llevar a cabo ésta práctica existen beneficios tanto para ambos.

Según la OMS (2015) la lactancia materna exclusiva debe durar mínimo 6 meses, y después de este tiempo se comienza a dar otros alimentos semisólidos como papillas. En cambio, la introducción de este tipo de alimentos antes de tiempo puede llevar a que el niño no tenga un buen crecimiento, sea inmunodeficiente y propenso a distintas infecciones y enfermedades.

La lactancia materna y el apego entre el hijo y la madre debe comenzar durante la primera hora de vida del neonato, aunque esto en la actualidad no es posible, ya que aproximadamente más del 90% de los nacimientos son por

cesárea, lo que impide que haya un pronto apego entre la madre y el hijo debido a la anestesia.

1.2 Marco conceptual

Lactancia materna (LM)

La leche materna es el primer alimento natural para los niños recién nacidos, ésta aporta suficiente energía y nutrientes que el niño necesita en los primeros meses de vida, a su vez, ésta también promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de enfermedades crónicas e infecciosas, por lo que la lactancia materna ofrece ventajas para la madre y para el niño (OMS, 2015; Roig, 2013), sin embargo la especie humana ha cambiado su forma de alimentación inicial sin tomar en cuenta las consecuencias de dicha acción las cuales han sido devastadoras, ya que han ocasionado miles de muertes en todo el mundo, esto por infecciones y malnutrición (Paricio, 2004).

Tipos de lactancia

Existen diferentes tipos de lactancia materna, entre ellas se encuentran la exclusiva, la predominante, la completa, la parcial, de biberón y lactancia materna. La lactancia materna exclusiva es aquella donde el niño recibe únicamente leche del seno materno sin ningún otro tipo de líquido, ni siquiera agua, pero sí se incluyen soluciones de rehidratación, gotas y jarabes; la lactancia predominante es aquella donde la leche materna es la principal fuente de alimento del niño, en donde se incluye el agua y jugo de algunas frutas, pero no se permiten otros tipos de líquidos (leche en fórmula) o alimentos sólidos; la lactancia completa incluye a la exclusiva y a la predominante; la lactancia parcial es aquella en donde el niño recibe seno materno, otros líquidos incluyendo fórmulas, y alimentos sólidos y/o semisólidos; en la lactancia materna se incluye cualquier tipo de lactancia de los mencionados previamente, y en la lactancia de biberón es cuando el niño no recibe leche materna (Oliver-Roig, 2013; Hernández, 2004).

Beneficios de la lactancia materna a corto y largo plazo

La OMS señala que la lactancia materna debe ser la norma para la nutrición por sus grandes beneficios que tiene para la salud del neonato y de la madre, por lo que debería ser considerada como un asunto de salud pública y no sólo como un estilo de vida (OMS, 2015).

Desde la perspectiva biológica, neurológica y hormonal el periodo inmediato al nacimiento el contacto piel con piel de la madre y el neonato, representa al nicho que protege y nutre; se ha visto que el contacto durante la primera hora de vida del neonato con su madre es crucial, ya que éste es un periodo crítico para el inicio de la lactancia materna y el proceso de apego (Lomelí, 2015).

En la madre se ha visto que gracias a la práctica de la lactancia materna se puede tener una pronta recuperación uterina y también una reducción en el sangrado, por lo que se recomienda comenzar la lactancia materna durante la primera hora de vida del neonato, o lo más pronto posible, ya que con la primer succión se produce la liberación de la hormona oxitocina, la cual está involucrada en la contracción de los músculos de la matriz facilitando entonces el cierre de capilares rotos y por ende reduciendo el sangrado (Martínez, 2004).

Al respecto, Martínez (2004), señala que gracias a que la lactancia tiene un efecto en el eje hipotálamo- hipófisis- ovarios, la ovulación se ve inhibida por lo que no hay menstruación lo cual ayuda al tener un aumento en las reservas de hierro y por consecuencia una mejora en la anemia causada en el parto; gracias a la producción de leche, se tiene un gasto energético, y mientras esta lactancia se mantenga, las reservas que se tienen se irán consumiendo a lo largo de la duración de la misma, por lo que se puede llegar a recuperar el peso previo al embarazo; también el metabolismo del calcio se optimiza y produce

una movilización de los depósitos óseos, aumentado así la calcemia a nivel mamario y favoreciendo a la producción de leche y a su vez existe un aumento en la absorción de calcio a largo plazo, por lo que la mujeres que practican la lactancia materna por más tiempo serán menos propensas a tener fracturas de cadera o columna en la etapa de postmenopausia.

Existen también estudios que han demostrado que el hecho de amamantar disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama pre-menopáusico hasta en un 4.3%, y también se ha observado que existe una disminución en el riesgo de cáncer de ovarios. La lactancia materna también tiene la ventaja de ser económica, esto debido a que se da de forma natural de una madre al tener a su hijo (Martínez, 2015).

En el niño existen también numerosos beneficios, entre ellas está la disminución de la incidencia de enfermedades agudas y crónicas, existe un mejoramiento en el estado de salud, crecimiento, y desarrollo nutricional, inmunológico y psicológico en el niño; en la salud pública la lactancia materna ha tenido un fuerte impacto en cuanto a la disminución de la morbilidad y la mortalidad en niños por enfermedades infecciosas y en especial por enfermedades gastrointestinales; también se han hecho asociaciones entre la lactancia, la ganancia de peso y longitud del niño (Riaño, 2004).

Se ha observado que aquellos niños que reciben lactancia materna por 12 meses ininterrumpidamente, tienen una baja morbilidad en padecer enfermedades respiratorias, otitis media, dermatitis atópica, enterocolitis necrotizante, etc; también existe una clara diferencia en el neurodesarrollo de niños que han sido alimentados con lactancia materna exclusiva y en niños a quienes se les ha introducido leche en fórmula o de forma mixta. Los niños que no reciben la lactancia materna exclusiva, y en cambio reciben leche en fórmula son más propensos a tener un crecimiento acelerado, lo que podría conllevar a

tener problemas cardiovasculares en un futuro y a tener mayor riesgo de obesidad y de resistencia a la insulina (Martínez, 2015).

Lactogénesis

Existen dos tipos de lactogénesis, la I y la II, la primera se completa en la primera mitad del embarazo y hay un alto nivel de progesterona, y en ésta se llevan a cabo cambios para que la mama o seno pueda ser productora, pero llega un momento en el que la producción de la progesterona se puede frenar para que no haya una sobreproducción. Se ha visto que las madres presentan niveles altos de lactosa en la orina, lo cual está asociado a altos niveles de prolactina, la cual es una hormona que también se relaciona con el aumento en el tamaño del pezón y por ende asociada a la lactancia. La lactogénesis II, ocurre después del nacimiento del niño, la progesterona desaparece gracias a que la placenta ya no está, aquí ocurren cambios para que la mama o seno secrete abundante leche, sin embargo, aún si quedasen pequeños restos de placenta en la madre, el proceso de producción de leche podría tardar en llegar (Martín-Calma, 2004).

El golpe de leche y la producción de ésta comienzan después del parto y con la succión por parte del neonato, lo cual producirá y estimulará a la hormona prolactina, la cual se considera la hormona más importante de la lactancia ya que ésta incitará la secreción de leche, por lo que si la madre no da lactancia materna exclusiva, sus niveles de prolactina se irán a la baja y por ende la producción de leche también se verá disminuida; la leche necesita ser conducida a los conductos del pezón, y es aquí donde la hormona oxitocina, la cual también es estimulada por la succión, y por estímulos visuales o emocionales relacionados con el recién nacido, se encarga de estimular células mioepiteliales que se encuentran alrededor de los alvéolos, facilitando así la salida de la leche a través de pezón y encargándose de que los conductos

hacia el pezón no queden vacíos, a éste proceso de le llama reflejo eyecolacteo (Martín-Calma, 2004)

Tipos de leche

Dentro de la leche materna se pueden encontrar cuatro tipos de leche, puesto a que la composición de la misma va cambiando conforme va avanzado la lactancia, la leche que se produce desde un principio, no será igual a la que se da a final de la lactancia. Existe el pre-calostro, el calostro, la leche de transición, la leche madura y la leche pre-término.

Aproximadamente a los 6 meses de embarazo, los senos de la madre comienzan a diferenciar a las glándulas productoras de leche, y aproximadamente 12 semanas antes del parto, hay un aumento en el tejido mamario, en el peso de la madre y en el tamaño de los senos, y muchas madres comienzan a experimentar la producción del pre-calostro (Dahl, 2015).

Durante los primeros tres días después del parto, la madre puede producir entre 300 y 400 ml/día de leche, y es importante mencionar que durante estos primeros tres días, es crucial que el neonato reciba lactancia materna exclusiva, ya que aquí es cuando éste recibirá el calostro, el cual se produce en pocas cantidades, aproximadamente de 20 a 40 ml/día de calostro en la leche materna, pero rico en nutrientes, anticuerpos IgA, IgG e IgM, altas concentraciones de proteínas, minerales, vitaminas, glóbulos blancos, carbohidratos y grasas, los cuales nutren al neonato, y actúan como laxantes para que el meconio pase y salga del niño (Martín-Calma, 2004; Dahl,2015).

Después del calostro, es decir para el cuarto día y hasta el día 15 post-parto, viene a lo que se le llama la leche de transición la cual tiene más grasas, más lactosa, y menos proteínas e inmunoglobulinas, para éste día y el cuarto se producen aproximadamente entre 300 y 400 ml/día de leche, aunque algunos autores mencionan que se puede producir hasta 700 ml/día de leche materna, y

a partir del día 16 post parto se producen aproximadamente entre 500 y 900 ml/día de leche materna y conforme pasan los días ésta continua incrementando aunque su producción también dependerá de otros factores, y aquí a la leche materna ya se le llama leche madura, la cual contiene componentes nutritivos y no nutritivos. Por otra parte, la leche pretérmino se da en aquellas madres que tuvieron a su hijo prematuro, ésta leche tiene alto contenido de proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico (Reyes y Fuentes, 2015).

Composición de la leche materna

La leche materna contiene agua, proteínas, grasas, lactosomas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y hormonas. El contenido de agua de la leche materna es de 90g/100 ml; las calorías que aporta la leche materna al neonato van de 60 a 75 kcal/100ml. La leche materna contiene de 0.8 a 1.3 gr/100 ml de proteínas, las cuales existen en dos grupos, las caseínas y las proteínas del suero. Durante los primeros diez días hay mayor cantidad de proteínas del suero, aproximadamente un 90%, y estas están compuestas de lactoferrina, lacto albúmina, e IgA; las proteínas tienen muchas funciones, entre ellas la defensa a antígenos, y la actividad enzimática; las caseínas por otra parte ayudan al transporte de calcio, fósforo y aminoácidos, la leche materna en comparación con la leche de vaca, no contiene beta lactoglobulinas, pero esto es bueno, ya que los niños en realidad no pueden digerir ésta proteína, esto va en relación al vaciamiento gástrico de los niños, también se ha visto que la leche materna tiene aproximadamente 18% de caseína, y la de vaca un 82%, sin embargo un exceso de caseína puede afectar en la maduración de los riñones del neonato (Dahl, 2015).

Las grasas son un importante componente de la leche materna ya que aportan un 50% de las calorías, por lo que son la principal fuente de energía para el niño, se pueden encontrar de 3 a 5 gr/100ml, entre las grasas que se pueden encontrar están: los ácidos oleicos y los palmíticos, también está la

lipasa, la cual es estimulada por sales biliares para su absorción, también se puede encontrar omega 3, ácido linélico y ácidos grasos de cadena larga (DHA y ARA) los cuales participan en el neurodesarrollo y en el desarrollo visual, las grasas también ayudarán al aporte de colesterol el cual ayudará al lactante a la proliferación y diferenciación de adipocitos, así como para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Los lactosomas juegan un papel importante ya que ayudan a inhibir la producción de citosinas y aumentar la producción de linfocitos T (Reyes y Fuentes, 2015).

Aproximadamente de 6.9 a 7.4 gr/100ml de la leche materna son carbohidratos, están conformados principalmente por lactosa, galactosa y glucosa, y ésta ayuda al lactante a tener un óptimo crecimiento de la flora intestinal, aumentando así la absorción de calcio y disminuyendo el crecimiento de patógenos. La galactosa y la glucosa son necesarias para la formación de galactopéptidos, galactolípidos y cerebrósidos cruciales para el sistema nervioso central; muchos de los oligosacáridos que se encuentran en la leche materna tienen propiedades antimicrobianas, por lo que el riesgo de contraer enfermedades como la enterocolitis necrotizante, diarrea, u otras se reduce (Dahl, 2015).

Los oligosacáridos de la leche materna también reducen la colonización y el crecimiento de patógenos como *E.coli*, *H. pylori*, *C. jejuni*, etc. En este punto es importante mencionar que el hecho de tener un parto natural o una cesárea puede afectar significativamente el contenido y la formación de la flora intestinal del neonato, ya que se ha observado que la colonización del tracto intestinal del neonato comienza en el momento del parto, ya que la flora de los niños es muy semejante a la de la vagina, y se ha visto que la flora bifidogénica predomina en aquellos niños alimentados con leche materna en comparación de aquellos alimentados con fórmula, en donde se ha encontrado que tienen una flora diversa (Dahl, 2015).

Durante los primeros 6 meses de la lactancia, hay una alta concentración de zinc, sin embargo, después de este periodo de tiempo este disminuye; los minerales son de suma importancia por el aporte de calcio y fósforo, el calcio es importante para la formación de tejido, el calcio de la leche materna se absorbe en un 75%, en comparación de la leche de vaca que sólo se absorbe en un 20%. El aporte de vitaminas de la leche materna es óptimo, no obstante, se ha visto que en cuanto a la vitamina K y D no es suficiente, por lo que es necesario aplicar una dosis de vitamina K al nacimiento, y se recomienda dar también suplementos de vitamina D al niño. Durante la lactancia materna el neonato también recibe hormonas por parte de la madre como la oxitocina, prolactina, hormona estimulante de tiroides, grelina, leptina, entre otras, las cuales están asociadas a que el niño, en un futuro, tenga un menor índice de: masa corporal, masa magra, masa grasa y ganancia de peso (Reyes y Fuentes, 2015).

Factores asociados a la lactancia materna

Actualmente, existen múltiples estudios acerca de la duración de la lactancia materna, de la iniciación y finalización de la lactancia materna exclusiva, de los beneficios de la misma, de la relación entre la lactancia materna y el estatus sociodemográfico y del tipo de marginación, sin embargo no se han podido describir con exactitud cuáles son los factores asociados, como los conocimientos, las creencias y los hábitos alimentarios de las madres que tienen mayor peso para que éstas practiquen o no la lactancia materna exclusiva.

Conocimientos y creencias de las madres acerca de la lactancia materna exclusiva.

Los conocimientos y creencias de las madres se pueden conocer por métodos cuantitativos y cualitativos, los métodos cuantitativos, van más enfocados a explorar la fuerza y la consistencia entre el estatus sociodemográfico y el estado médico con respecto a la lactancia materna, y los

métodos cualitativos buscan profundizar en el tema para obtener información y entendimiento acerca de los factores que influyen a las madres para que tomen la decisión de practicar o no la lactancia materna.

En muchos de los casos, las madres son influenciadas por sus esposos, madres abuelas y amigas, aunque también se ha visto que son influenciadas por la cultura, la moda y su propia autoconfianza, todo esto puede ser clave para que la madre practique la lactancia materna exclusiva. Una parte importante que se debe de mencionar, es el que las madres pueden tener el conocimiento sobre los beneficios que aporta la leche materna en los niños y en ellas, sin embargo, por pena, o el simple hecho de que alguien más las pueda ver, es causa de que las madres dejen o no quieran practicar la lactancia (Scott, 2011).

Mitos de la lactancia materna

Los mitos, son aquellas creencias populares que pueden llegar a jugar un papel importante en la vida diaria de las personas; en la lactancia, existen muchos mitos y consejos que las madres suelen escuchar y aplicar.

Debido a la falta de conocimientos acerca de la lactancia materna, se han creado numerosos mitos y creencias populares acerca de la misma en las poblaciones, por lo que muchas veces se crean limitaciones para que las madres practiquen la lactancia con sus hijos. Dichos mitos y creencias giran alrededor de la producción de leche, la posición en que se debe de dar la lactancia, del contacto piel con piel, entre otros. (Martínez, 2015; FAO, 2015)

Según Martínez, (2015), algunos de los mitos más conocidos acerca de la lactancia materna son:

- Me sale muy poca leche, por lo que no vale la pena intentarlo.
- El bebé debe estar al menos 20 minutos en cada lado.
- Los bebés que se alimentan con leche materna, también necesitan agua.

- Cada vez que se da pecho, se deben lavar los pezones.
- Es necesario utilizar una tira leche para saber la cantidad de leche que se está dando.
- Los sucedáneos son prácticamente lo mismo que la leche materna.
- Si la madre está embarazada, no puede lactar.
- Se debe suspender la leche materna si el bebé tiene diarrea.
- Se debe suspender la lactancia si el bebé tiene vómito.
- Se debe suspender la lactancia si la mamá está tomando medicamentos.
- La leche materna, a los seis meses se hace agua, por lo que ya no sirve.
- Hay que complementar con fórmulas porque el bebé se queda con hambre si se le da sólo leche materna.
- La leche materna le produce cólicos al bebe.
- La leche no es siempre el mejor alimento, por lo que hay que introducir otros alimentos.
- Doy fórmula porque ya no me sale leche.
- Todas las madres que amamanten deben tener una dieta especial para evitar que el niño tenga cólicos y gases.
- Cada vez que el bebé es amamantado, éste debe de vaciar los pechos.
- La producción de leche es heredable.
- Si alimentas al bebé antes de cada tres horas, éste se puede “enlechar”.
- La leche materna varía de una persona a otra.
- La leche de un pecho es diferente a la del otro pecho.
- La leche materna se puede dañar en el pecho.
- La leche materna se puede fermentar en el pecho por el calor.
- La lactancia se puede perder en el momento que comiences a incorporar complementos.
- Después del año de edad de niño, la leche materna ya no es muy buena.
- Es más fácil y mejor alimentar con biberón que amamantar
- Dar leche materna encadena a la madre.
- Los primeros días no tuve leche.

- La cantidad de leche producida depende del tamaño de los pechos.
- Si la madre está mucho tiempo bajo el sol, la leche materna va a empachar al niño.
- Si la madre lacta, ésta no puede hacer ejercicio.
- Si te enojaste, no puedes lactar.
- No es posible amamantar a dos niños al mismo tiempo

Hábitos alimentarios

Según la FAO (2015), los hábitos alimentarios se pueden definir cómo el conjunto de costumbres que establecen la forma de como los individuos seleccionan, preparan y consumen alimentos, influidos por la disponibilidad de estos, del nivel educación alimentario y del acceso a los mismos. Se ha visto que durante los dos primeros años de vida, los niños deben de tener una buena alimentación para que así pueda desarrollarse de forma adecuada tanto física como cognitivamente, y también para así prevenir enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, la diabetes, hipertensión, entre otras (OMS, 2015).

Los niños deben tener lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y a partir de este momento se pueden comenzar a introducir alimentos inocuos, variados, adecuados y nutritivos, como papillas de frutas o verduras. (OMS, 2015).

Políticas de México acerca de la lactancia materna

México es uno de los países con menores índices de lactancia materna en todo el continente Americano, con tan sólo un 14.6% de bebés que reciben LME por 6 meses, por lo que el 85.4% restante de los niños son alimentados con fórmulas artificiales utilizando biberón, o peor aún con alimentos semisólidos o sólidos a edades inadecuadas; este porcentaje es alarmante ya que éste ha ido disminuyendo conforme ha pasado el tiempo; en los últimos

seis años, la lactancia materna ha disminuido en el área rural de un 36.9% a un 18.5% (González, Escobar, González y Hernández, 2012).

Dado a esta situación, es necesario que el gobierno se de a la tarea de crear políticas y programas de lactancia materna, donde se tengan metas y objetivos acerca de la integración, el apoyo, la promoción y la protección de la lactancia materna, así como también es necesaria la implementación de leyes que favorezcan el cumplimiento de la lactancia materna como aquella en la cual apoye a las madres lactantes que laboran. Actualmente existe un acuerdo que tiene como objetivo establecer directrices para fortalecer la política pública en la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño hasta los dos años ya con alimentación complementaria, dentro de estas directrices se enlistan los diez pasos para una lactancia materna exitosa (González, Escobar, González y Hernández, 2012; SEDESOL, 2014; SEGOB, 2012)

Actualmente el artículo 147 del reglamento de la COFEPRIS, establece que no se podrán dar muestras gratis a los hospitales de fórmulas para lactantes, esto con el afán de fomentar la lactancia materna, esto se dio gracias a que se observó que en las unidades de atención médica de los hospitales se promovía el uso de sucedáneos, por lo que las madres, mientras se encuentren en el hospital después del parto, sólo podrán dar leche materna y el hospital no podrá proveer sucedáneos a menos que se cuente con una receta médica y la leche sea pagada por los padres del neonato (COFEPRIS, 2015).

La Secretaría de Salud, también dio a conocer un decreto el cual está enfocado en el fomento para la lactancia materna, el documento incentiva a las madres a practicar la lactancia materna exclusiva por lo menos 6 meses y la lactancia como alimento complementario hasta los dos años de vida del niño; el artículo 28 de la ley federal de los trabajadores, menciona que las mujeres que estén lactando, podrán tener dos reposos por día de 30 minutos cada uno, y

aparte tener una hora ya sea para amamantar a su niño o realizar una extracción manual de leche en un lugar adecuado e higiénico.

1.3 Antecedentes

Estudios Cuantitativos

Factores determinantes

En el mundo, aproximadamente el 60% de los niños menores de 5 años presentan desnutrición, sin embargo, esta cifra podría cambiar si se implementara la lactancia materna exclusiva, de hecho la cifra se podría reducir en un 19%, también la introducción de otros alimentos que no sean la lactancia materna, conlleva muchos riesgos para el niño. Se ha visto que la iniciación de la lactancia materna durante la primera hora de vida del neonato es de vital importancia, de hecho se ha visto que aquellas madres que comienzan a amamantar durante esta hora, son más propensas de seguir amamantando durante los primeros 6 meses de vida del neonato (Patel, Bansal, Nimbalkar, Phatak, Nimbalkar y Desai, 2015).

En un estudio realizado por Asfaw, Argaw y Kefene (2015) se encontró que las madres que sabían la duración mínima de la lactancia materna exclusiva, tienen conocimiento acerca de los beneficios de la misma, también existen madres que son “pro parto”, las cuales alientan a otras madres a practicar la lactancia materna. Muchas veces para que las madres conozcan todos los beneficios acerca de la lactancia, es necesario que vayan a pláticas pre natales, ya que muchas de las madres practican por poco tiempo la lactancia, debido a falta de conocimiento, a que tienen que regresar al trabajo; también se ha visto que muchas de las madres que tiene un alto nivel de educación son más propensas a no practicar o practicar por muy poco tiempo la lactancia materna exclusiva, en comparación de aquellas con un nivel educativo bajo.

Por su parte, Matanda, Mitterlamrk, Urke y Amgusi (2014), han observado que existen distintos factores que afectan e influyen en la madre para que ésta decida o no practicar la lactancia materna exclusiva, entre ellos se encuentran: el nivel socioeconómico, nivel educativo y sus conocimientos, sin embargo se ha visto que uno de los principales factores que influyen para que la madre pueda comenzar a practicar la lactancia materna durante la primera hora de vida del neonato es la vía de nacimiento del mismo, ya que se ha observado que aquellas madres que tuvieron a su hijo por parto natural son más propensas a practicar la lactancia materna exclusiva durante la primera hora y a continuarla por lo menos 6 meses, que aquellas madres que tienen a sus hijo por cesárea.

En un estudio que se realizó por Espinoza, Zamorano, Graham y Orozco, 2014, se menciona que, según la OMS, solamente el 35% de los lactantes son alimentados con LME, y según la OPS en el 2006, México tuvo una prevalencia de lactancia del 22.3%. Se considera que la lactancia materna exclusiva es la principal fuente de alimento para el neonato, para su crecimiento y desarrollo. En distintos estudios se ha encontrado que los principales factores para el abandono de la lactancia materna exclusiva es que la madre sea soltera, adolescente, que trabaje, que haya regalos por parte de trabajo (sucedáneos), y por las prácticas hospitalarias erróneas; también se encontró que el hecho de que la madre sea primeriza, fumadora y estudiante son causas principales para el abandono de la lactancia materna exclusiva. En este estudio se encontraron distintos factores asociados para la permanencia en la lactancia materna exclusiva durante los primeros tres meses, como: vía de nacimiento, peso al nacer, número de gestación, presencia de orientación prenatal.

Se ha observado que la práctica de la lactancia materna está influenciada por varios factores entre los cuales se destacan: factores sociodemográficos, económicos, edad, escolaridad, trabajo, y también por las prácticas culturales como la percepción materna sobre el acto de amamantar, sus dificultades, uso

de chupón etc. Se observó que los niños internados previamente habían usado chupón ya que la madre tenía que salir a trabajar, por lo que tuvieron mayor probabilidad de discontinuar la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses. Aquellas madres que salían a trabajar y daban a sus hijos biberón y chupón tenían una menor duración de dar lactancia (Mestas, de Novaes y de Aguilar, 2010).

De Barros, García y Plácido, 2007, realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar los factores asociados a la lactancia materna exclusiva y los motivos presentados por las madres para la introducción de alimentos complementarios en los primeros 4 meses de vida. Se menciona que en Brasil se han implementado acciones para la promoción y protección de la lactancia materna, sin embargo, hasta ahora las prácticas inadecuadas como la introducción precoz de alimentos complementarios como agua, té, mates, leche de vaca, y otros alimentos semisólidos, por lo que se ha visto que la práctica de la lactancia está lejos de ser la adecuada. Se tenían distintas variables independientes como aquellos factores socioeconómicos y demográficos, factores obstétricos y en relación a servicios de salud y las prácticas de cuidado y dificultades durante la lactancia materna, y como variable dependiente se tenía la situación del niño en relación a la lactancia materna exclusiva. Los autores pudieron encontrar que el 38% de los niños menores de 4 meses estaban con lactancia materna exclusiva, siendo que el 85% eran lactantes, se encontró que un 33% tomaba leche de vaca, 29% té, y 22% agua. El consumo de fruta, papillas, y sopas eran menos frecuente. Se encontró también que los motivos para dar otro tipo de líquidos que no fueran lactancia exclusiva era “que el niño lo necesitaba”. Según el 75% de las madres nadie influye en su decisión de introducir líquidos complementarios. Se encontraron como variables confusoras al trabajo materno actual, la edad materna, y el ser primípara. Se encontró también que la succión de chupón es un factor importante para el abandono de la lactancia materna exclusiva, ya que esto lleva a una menor

succión al pezón y menos estimulación por lo que se disminuye la producción de leche.

Se ha visto que solamente el 39% de los lactantes alrededor del mundo recibe lactancia materna exclusiva, sin embargo, la prevalencia en lugares en vías de desarrollo rara vez excede el 30%. En Etiopía, las prácticas de lactancia materna son muy pobres debido a las creencias, tradiciones, a la educación, a los deberes que tiene la madre entre otras causas. Se realizó un estudio transversal en niños menos de 24 meses, donde se obtuvieron datos sociodemográficos, factores obstétricos, prácticas de lactancia, entre otros datos. El equipo de investigadores encontró que los principales factores determinantes para la lactancia materna exclusiva fueron la edad de la madre, el lugar para dar a luz, el recibir orientación médica, la opinión acerca de las ventajas de la lactancia materna, la edad del niño más pequeño que tenían. Se encontró que las madres con hijos entre los 7 y 12 meses eran 48% menos propensas a dar LME que aquellas con hijos menores a 6 meses (Teka, Assefa y Hailelassie, 2015).

Hábitos alimentarios

La alimentación es un factor crucial y casi decisivo para que una persona desarrolle o no enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, obesidad entre otras, por lo que es necesario que los padres inculquen a sus hijos buenos hábitos alimentarios. Es necesario que los padres preparen los alimentos de forma apetecible para la vista de sus hijos,; también se ha visto que los niños presentan mayor sensación de saciedad al ingerir alimentos altos en calorías, por lo que es necesario que al final de este tipo de platillo, los padres den verduras, para que los niños asocien esta sensación con el comer verduras, además es necesario educar a los padres en el consumo de verduras, ya que se ha observado que muchos niños son enseñados que al

comer papas fritas o a la francesa están comiendo verduras (Ramos y Stein, 2000).

Se ha visto que los hábitos alimentarios de las personas se comienzan a desarrollar durante los primeros años de vida del mismo, es decir cuando son niños, ya que es aquí cuando aprenden a comer, qué comer, cómo comer, cuándo comer, etcétera y dichos hábitos los comienzan a tomar debido a las experiencias que tienen y a lo que observan que hacen sus padres, familiares u otras personas. Así mismo, se ha observado que la lactancia materna ayuda al niño a conocer la sensación de hambre y saciedad, además se ha observado que la lactancia materna promueve la aceptación de sabores nuevos esto debido a la dieta de la madre. Los niños nacen normalmente con una preferencia de sabores hacia lo dulce o lo salado, y pocas veces o casi nunca tienen un gusto por los sabores amargos, como lo son las verduras, por lo que una exposición repetida a este tipo de alimentos hace que los niños desarrollen el gusto por los mismos; es necesario que los padres tengan para sus hijos una dieta variada, y rica en todos los nutrientes y grupos de alimentos, los cuales deben de ser siempre saludables para que tomen el hábito de comer de esta forma (Brich, Savage y Ventura, 2007).

Según Romero, Rainero, Romero y Rudnitzky, (2001), la lactancia materna es parte del proceso reproductivo de la mujer al dar a luz, es el alimento ideal que se debe dar durante el primer año de vida al bebé, esto para formar una buena base biológica y emocional del niño. Mencionan que la lactancia materna es el alimento ideal para el recién nacido, y que en si, tiene muchas ventajas para combatir la morbilidad y la mortalidad infantil. La lactancia permite un ajuste armónico biológico, psicológico y social entre la madre y el niño. Es de saber que *per se* el niño recién nacido o lactante no puede formar sus hábitos alimentarios ni escoge lo que come, por lo que es su familia quien decide cómo hacerlo. El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de las madres que dan lactancia materna, y conocer la noción que tienen acerca de la

duración óptima de la lactancia materna exclusiva y comparar dos tipos de muestras de distintos niveles socioeconómicos. Se encontró que en el grupo 1 el 94% de las madres amamantaron, y en el grupo 2 el 93%, en ambos casos la duración promedio de lactancia fue de 11 meses, se encontró que las principales causas para el abandono de la lactancia en el grupo 1 y 2 fueron: el bebé ya estaba grande, dejé de producir leche, el bebé la rechazaba, siendo “el bebé ya estaba grande” la principal causa en ambos grupos. Las tres principales ventajas que dijeron las madres acerca de la LM en el grupo 1: favorece al crecimiento y desarrollo del niño, previene enfermedades y favorece la relación entre madre e hijo, en el grupo 2 fueron: previene enfermedades del niño, favorece el crecimiento y desarrollo y favorece la relación entre madre e hijo.

La lactancia materna exclusiva en el grupo uno fue considerada como alimento suficiente hasta los 10 meses del niño, y en el grupo dos hasta los 8 meses. Se encontró que factores como el estado civil, la educación de la madre, el estatus laboral, son determinantes en la decisión de amantar o prolongar la lactancia. Se encontró también que en general las madres del grupo 1 y 2 poseen información distorsionada acerca de la duración óptima de la duración de la lactancia materna exclusiva

Tipo de marginación

Según Heck, Braveman, Cubbin, Chávez, y Kiely (2006), la lactancia materna exclusiva es la forma más recomendable de alimentar a un bebé, en USA, en este tiempo se tenía como meta que el 75% de las madres, para el año 2010 amamantaran a sus hijos recién nacidos hasta mínimo los 6 meses de edad, sin embargo, se fue encontrando que el estatus socioeconómico, el grado de marginación, junto con otras dimensiones afectan a la práctica de la lactancia. Se ha visto que las mujeres con mayores ingresos son más propensas a comprar sucedáneos por la facilidad de obtener los mismos, no obstante,

también aquellas mujeres con bajos ingresos que tienen que trabajar son más propensas a discontinuar la lactancia exclusiva para regresar al trabajo. También se encontró que aquellas mujeres de alto nivel socioeconómico, que trabajan son más propensas a continuar con la lactancia exclusiva ya que en muchas de las empresas ya se tienen espacios para dicha actividad. Se pudo observar que la educación es un factor crucial para la lactancia materna exclusiva, ya que quienes tienen educación son más propensas a practicar la lactancia materna exclusiva. En este estudio se encontró que las mujeres con bajo nivel socio económico y baja educación son más propensas a no practicar la lactancia materna exclusiva, también en quienes tienen parejas con baja educación, así mismo las mujeres que fumaban, que tenían a su bebé por cesárea, con defectos al nacer o que eran multigestas eran menos propensas a practicar la lactancia materna exclusiva.

El nivel socioeconómico de las madres es importante cuando se habla acerca de la lactancia materna, de acuerdo a Kitsantas, Gaffney y Kornides (2014) las madres que tienen un nivel socioeconómico bajo tiene una tendencia a iniciar y continuar con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y ésta se puede prolongar por más tiempo, en comparación de aquellas madres que tienen un nivel socioeconómico medio alto u alto, las cuales tienen una probabilidad baja de iniciar y de durar por lo menos 6 meses con la lactancia materna exclusiva

Los estudios cualitativos tienen un peso muy grande ya que éstos marcan y muestran cosas que muchas veces podrían pasarse por alto en estudios cuantitativos. Los estudios cualitativos que tienen gran importancia, ya que estudian el por qué las madres pudieran tener algún tipo de pensamiento o posición acerca de la lactancia materna y a los hábitos alimentarios que se le deben de imponer al niño, debido a esto es importante hablar acerca de este tipo de estudios que se han realizado en el ámbito que va entorno a la lactancia.

Estudios Cualitativos

Factores determinantes para iniciar la lactancia materna

Hasta ahora, los beneficios de la lactancia materna exclusiva han sido bien reconocidos, sin embargo existen todavía numerosas madres que aún y sabiendo los lineamientos de la OMS acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses del niño, siguen sin practicarla o la practican por un corto tiempo, y muy pocas la practican hasta los 18 meses de vida del niño; algunas de las principales causas que se han encontrado como principales factores para que las madres dejen de practicar la lactancia materna ha sido el trabajo, sin embargo existen también otras razones. Muchas madres saben acerca del calostro y sus beneficios, por lo que prefieren iniciar rápidamente con la lactancia materna, sin embargo existen algunas madres que se dejan influenciar por aquellos mitos, y/o creencias que se tienen acerca de la lactancia materna, por lo que comienzan a utilizar sucedáneos, por ejemplo muchas madres pensaban que “no producían suficiente leche”, y que entonces era mejor introducir fórmulas o incluso alimentos sólidos ó semisólidos (Hong, Durham, Booth y Sychareun, 2013).

Según Earle (2002), las madres normalmente tienen diferentes percepciones, y experiencias al practicar la lactancia materna, las cuales pueden afectar a la iniciación y a la duración de la misma, se ha observado que muchas madres toman la decisión de amamantar a su hijo aún antes de que el niño nazca, sin embargo existen algunas madres que toman la decisión de no amamantar al mismo tiempo; aquellas madres que escogen dar lactancia materna lo hacen pensando en que es lo mejor para su hijo, todos estos conocimientos que las madres adquieren acerca de la lactancia materna, muchas veces son tomados de libros, de centros de salud, de pláticas prenatales, o por familiares y amigos, por otra parte las madres que deciden no practicar la lactancia materna es debido a que estas sienten vergüenza de ser vistas, y normalmente éstas

madres son aquellas que utilizan los sucedáneos, se ha visto que el padre juega un papel importante en la práctica de la lactancia materna, ya que si las madres sienten el apoyo de ellos en cuanto al soporte, ayuda en el hogar, etc; es más probable que la madre practique la lactancia también se ha visto que la madre es la responsable de crear el vínculo entre su hijo y el padre; se ha visto que aquellas madres que tienen la intención y que practican la lactancia materna, tienen la noción de ser “buenas y mejores madres” en comparación de aquellas que dan fórmulas. Otro factor que se encontró, es que muchas madres quieren retomar su identidad de “No madres”, por lo que no practican la lactancia materna debido a que ésta es muy demandante.

Por otro lado se encontró que la práctica de la lactancia materna exclusiva es también muchas veces influenciada por las abuelas, esposos y amigos de las madres, que en lugar de que las madres practiquen la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño, ésta la practican hasta los 3 ó 4 meses, y esto debido a que “ no producen suficiente leche”, esto aun sabiendo los beneficios del calostro, por lo que comenzaban con la utilización de sucedáneos, leche condensada e incluso agua, una de las principales barreras fue el regreso al trabajo y las ocupaciones de las madres, también el hecho de que si daban lactancia materna se sentían menos atractivas; sin embargo se observó que aquellas madres que recibían algún tipo de apoyo por parte de sus esposos, o madres eran más propensas a practicar la lactancia materna (Me, Ei, Diamond, Sudhinaraset, Oo y Aung, 2016).

Hábitos alimentarios

La prevalencia de niños con sobrepeso y obesidad ha ido aumentando conforme han pasado los años, se han realizado distintos estudios donde se ha visto que la práctica de la lactancia materna reduce los riesgos de obesidad en niños y en sus vidas futuras; también se ha visto que la utilización de sucedáneos con un alto contenido de proteína, hacen que el niño gane peso

más rápido, lo cual en un inicio podría ser bueno sin embargo esto a la larga puede afectar al niño, se ha visto que existen muchos padres que comienzan a introducir alimentos a los niños antes de la edad correspondiente, y las razones por lo que lo hacen pertenecen a diferentes etiologías, como para calmar al niño que está llorando, y porque se piensa que no está satisfecho, también las madres suelen presionar a sus hijos a comer, produciendo en ellos una alimentación inadecuada; en cuanto a los sucedáneos los padres se sentían más contentos y satisfechos acerca de la cantidad y los tiempos de alimentación, ya que así todo era más sencillo, además los padres asocian el hecho de que el niño esté angustiado o llorando con el tener hambre, por lo que era necesaria la introducción de alimentos sólidos o semisólidos, también los padres otorgan colaciones a sus hijos, sin embargo estas colaciones son previamente empaquetadas, por lo que los padres no las hacen, haciendo entonces más propensos a sus hijos a ganar peso. Por su parte la familia, amigos y esposos son un factor determinante para la alimentación de los niños, ya que las madres toman muchos consejos de éstos (Redsell, Atkinson, Nathan, Siriwardena, Swift y Galzebrook, 2010).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna es una práctica natural de la madre hacia su hijo, es crucial y es un derecho tanto de la madre como para el niño, esto debido a los múltiples beneficios y altos niveles de nutrientes que la leche materna contiene, por ejemplo, al niño le ayuda en el desarrollo del sistema cognitivo, le crea y mejora su sistema inmunológico, existe un menor riesgo de padecer enfermedades crónicas y respiratorias, entre otras, y para la madre se ha observado que gracias a la práctica de la lactancia, ésta puede regresar a su peso, los músculos del útero se contraen, reduce el riesgo de padecer cáncer de mama y de ovarios, entre otros beneficios. Actualmente en México, el 90% las madres al tener a su hijo comienzan a proporcionar lactancia materna exclusiva, sin embargo, este número va disminuyendo.

De acuerdo a González, Escobar, González y Hernández (2012), solamente el 14% de los niños continúan recibiendo lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, lo cual es alarmante, ya que en el país existen más de 36,000 muertes de niños menores de 5 años a causa de enfermedades gastrointestinales y por malnutrición, cifra que se podría disminuir si se tuvieran buenas prácticas de lactancia materna. El origen puede ubicarse en pocos conocimientos y creencias sobre la lactancia materna, sin embargo, se desconocen cuáles factores y mitos tienen mayor peso para que las madres de nivel socioeconómico medio-alto del estado de Nuevo León, decidan practicar lactancia materna exclusiva. También se desconocen las creencias y significados asociados a la ablactación en niños 0-24 meses, así como la introducción temprana de alimentos como dulces, galletas, etc. Se sabe que la introducción temprana de alimentos puede traer consigo sobrepeso/obesidad, alergias alimentarias, diarrea, enfermedades respiratorias y limitación del sistema inmunológico. Se pretende en base a los resultados del presente estudio, diseñar estrategias para promover y proteger la lactancia materna, así como también la introducción de alimentos al niño en el momento oportuno.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles factores están asociados y tienen mayor peso para la discontinuación de la lactancia materna exclusiva, y para tener hábitos alimentarios saludables?.

3. JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna exclusiva es esencial para niños de 0 a 6 meses, aún que existen estudios donde se menciona que es posible aplazar este periodo hasta los 24 meses, la práctica de ésta puede ser benéfica para ambas partes. La práctica de lactancia materna exclusiva es esencial para un crecimiento óptimo del niño, así como también para que éste tenga un buen desarrollo cognitivo y una buena salud en general en un futuro; la lactancia materna es el primer apego que se tiene entre la madre y el niño, es bueno para el niño debido al calostro, al contacto que existe entre la madre y el niño lo cual ayuda a regular la temperatura del niño. Es recomendado que al menos durante los primeros 6 meses de vida del niño, éste sea alimentado con lactancia materna exclusiva, esto es que ni siquiera se le puede dar agua pura, aunque en la realidad se ha reportado según la OMS, 2015, que solamente el 38% de los niños a nivel mundial son alimentados de esta forma, de hecho se ha observado que si se tuviese una lactancia materna optima en los niños de 0 a 23 meses, la vida de hasta 800,000 menores de 5 años se podría salvar.

Es importante recalcar que la lactancia materna durante la primera hora de vida del neonato es crucial para éste, con esta práctica se puede reducir de manera drástica la mortalidad y morbilidad del niño en un futuro, y de esta forma se podrían evitar enfermedades futuras en la infancia como la diarrea y la neumonía, durante el primer apego la madre le pasa al niño el calostro, lo cual contiene anticuerpos los cuales ayudarán al niño a fortalecer su sistema inmune.

La introducción de otros alimentos que no sea la leche materna antes de los 6 meses puede resultar fatal para el niño, ya que esto puede aumentar los riesgos de que el niño adquiera una infección debido a prácticas no higiénicas; este tipo de alimentos se recomiendan ser introducidos después de los 6 meses, aunque de ser posible habrá que seguir alternando con leche materna, se necesita dar los micronutrientes, macronutrientes, proteínas adecuados a la

edad del niño para su óptimo crecimiento. Al momento de introducir este tipo de alimentos es necesario que estos sean preparados con la mayor higiene posible, esto para reducir al máximo los riesgos de contaminación y por ende reducir todo tipo de enfermedad que pudiera afectar al niño, esta transición de leche materna a alimentos semisólidos es importante, ya que es en esta etapa cuando el niño pudiera presentar mayores problemas de nutrición, esto por diversas causas, y por ende puede presentar mayores enfermedades y malnutrición.

Es de vital importancia que, en países como el nuestro, en el cual se tiene una alta morbilidad en niños menores de 5 años, se promueva la lactancia materna por su rico nivel energético y de nutrientes y así poder evitar enfermedades e incluso la muerte del niño

4. HIPÓTESIS

H1. El 17% de las madres o más descontinúan la lactancia materna exclusiva a causa de problemas en los pezones.

H2. El 14% de las madres o más dan lactancia materna exclusiva a sus hijos (as) hasta los 6 meses de edad.

H3. El 90% de las madres o más tienen un alto conocimiento acerca de la lactancia materna.

H4. El 90% de los niños o más tienen hábitos alimentarios saludables.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Identificar los factores asociados a la lactancia materna exclusiva y a los hábitos alimentarios de niños de 6 a 24 meses de madres que habitan en comunidades con baja marginación de Nuevo León.

5.2 Objetivos específicos

Cuantitativos

- Conocer la duración de la lactancia materna exclusiva y la edad de ablactación.
- Identificar los conocimientos y creencias de las madres acerca de la lactancia materna exclusiva.
- Identificar el factor principal asociado a la discontinuación de la lactancia materna exclusiva.

Cualitativos

- Describir los conocimientos de las madres acerca de la lactancia materna exclusiva y de la introducción de otros alimentos.
- Conocer a través de las madres, los hábitos alimentarios de niños de 6 a 24 meses.
- Describir los mitos que tienen las madres acerca de la lactancia materna exclusiva.
- Conocer la experiencia de las mujeres sobre la práctica de lactancia materna.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño del estudio

- Estudio transversal y mixto (cuantitativo-cualitativo)
- Cualitativo con enfoque fenomenológico

6.2 Población

- Mujeres mayores de 18 años, de nivel socioeconómico medio-alto, con hijos de 6 a 24 meses de edad.

6.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Mujeres dispuestas a participar en el estudio.
- Mujeres sin restricciones para amamantar.
- Mujeres que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Mujeres con hijos prematuros.
- Mujeres cuyos hijos estén en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).
- Mujeres de nivel socio económico bajo.
- Mujeres cuyo último parto haya sido multi-gesta

Criterios de eliminación

- Mujeres que no completen cuestionario.

6.4 Técnica muestral

- Cuantitativo
 - Muestreo no probabilístico, por conveniencia.

- Cualitativo
 - Técnica de bola de nieve

6.5 Cálculo de tamaño de muestra

- Cuantitativo
 - El cálculo de la muestra se obtuvo utilizando la fórmula para la estimación de una proporción, con una población infinita.

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

Dónde:

n: número buscado de elementos de la muestra

z: nivel de confiabilidad

p: proporción de madres con alto conocimiento

q: proporción de madre con medio o bajo conocimiento

e: error de estimación

Por lo que para este proyecto se tomó en base a:

z: 95%

p: 17%

q: 83%

e: 5%

n= 217

- Cualitativo

Para la muestra cualitativa se utilizará el criterio de saturación (Álvarez-Gayou, 2003), utilizando entrevistas semiestructuradas, el cual se define como la interacción entre dos personas o más donde una de ellas actúa como

entrevistadora y la otra como entrevistada; en la entrevista semiestructurada se tiene una guía de preguntas acerca de la información relevante que se quiere conseguir, las preguntas se hacen de forma abierta dando oportunidad al entrevistado de responder y con base a sus respuestas se logra entrelazar temas e incluso se pueden aclarar términos que no se definían o establecían como tales.

6.6 Variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Lactancia materna exclusiva	Dependiente	Según la OMS, Tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente exclusivamente con la leche de su madre al menos los primeros 6 meses de vida del bebé.	Tiempo en meses	Continua	Encuesta
Conocimientos de la lactancia materna	Independiente	Se define como los datos en los que se basa una persona para decidir lo que debe o no hacer ante una situación determinada, sin esto garantizar que	Aquella información que tiene la madre sobre la lactancia materna, beneficios, duración y	Nominal que se convierte a ordinal.	Encuesta

		sea una conducta adecuada	frecuencia de la LME. Encuesta de 15 ítems.		
Creencias	Independiente	Conjunto de principios ideológicos de una persona, un grupo social o un partido político.	Instrumento de 12 ítems.	de Continua que se convierte a nominal. 1 – 6 = desfavorable 7- 12= favorable	Encuesta/ entrevista semiestructurada
Factores determinantes	Independiente	Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones (OMS,2015)	20 ítems	Nominal	Encuesta
Hábitos alimentarios	Dependiente	Según la FAO, son el conjunto de costumbres	21 ítems	Nominal y abiertas.	Encuesta

que condicionan la forma como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen alimentos, influidos por la disponibilidad de éstos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos.

Edad	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad en años	Continua	Encuesta
Escolaridad	Independiente	Grado de estudios que cursa o ha cursado la persona.	Estudios de la madre: Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Maestría Doctorado	Ordinal	Encuesta

Ocupación	Independiente	Actividad que realiza una persona con la cual obtiene una remuneración.	¿Actualmente trabaja?	Nominal	Encuesta
-----------	---------------	--	--------------------------	---------	----------

6.7 Instrumentos de medición

Para analizar los hábitos alimentarios de las madres hacia sus hijos de entre 0 y 24 meses, se utilizó el cuestionario de la OMS *“Indicators for assessing infant and Young child feeding practices”*, éste instrumento cuenta con una codificación, fue aplicado por el entrevistador a las madres participantes.

Para evaluar los conocimientos de la madre, se utilizó el instrumento del autor Saeid (2013), el cual es un cuestionario basado en las recomendaciones de la OMS y la UNICEF, éste cuenta con 15 preguntas, en donde si se obtienen de 1 a 5 puntos se tiene poco o mal conocimiento, entre 6 y 10 se tiene un conocimiento regular y entre 11 y 15 se tiene un buen conocimiento. Todas las oraciones son verdaderas excepto la oración “Los niños alimentados con fórmula son más inteligentes que los niños alimentados con leche materna”, por lo que en este caso si se cuenta como falsa y eso equivale a un punto.

Para evaluar las creencias de las madres acerca de la lactancia materna, se aplicó el instrumento de Carrasco y Corvalán (2007), en donde se obtuvieron las creencias favorables y desfavorables, siendo aquellas que marquen como “verdaderas” a quienes tienen creencias desfavorables.

Para evaluar los factores determinantes de la lactancia materna, se utilizó el instrumento de Camargo, Latorre y Porras (2011), el cual está validado. Los instrumentos se encuentran en el ANEXO B.

Se realizó una entrevista semiestructurada la cual se define como la interacción entre dos personas o más donde una de ellas actúa como entrevistadora y la otra como entrevistada; en la entrevista semiestructurada se tiene una guía de preguntas acerca de la información relevante que se quiere conseguir, las preguntas se hicieron de forma abierta dando oportunidad al

entrevistado de responder y con base a sus respuestas se logró entrelazar temas.

6.8 Procedimientos

Para la recolección de datos se acudió a distintos consultorios de pediatría donde se obtuvo la autorización pertinente para la realización del proyecto.

Para la parte cuantitativa se eligieron los grupos de niños con edades de 6 a 24 meses, a cuyas madres se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó leer y firmar un consentimiento informado (ANEXO A), con el fin de mantenerlas entrenadas de la confidencialidad del proyecto, posterior a esto, se les aplicó el instrumento con duración aproximada de 30 minutos.

A aquellas madres que fueran elegidas para la fase cualitativa, se les explicó el objetivo de la investigación, se les informó que la entrevista sería confidencial y que se utilizaría un seudónimo y no el nombre de ellas o de sus hijos(as), también se les informó que la entrevista sería audio-grabada, por lo que también se le solicitó firmar un consentimiento informado, o dar su consentimiento a viva voz.

Las personas que pesaron y midieron a los niños fueron capacitadas para; así mismo, los instrumentos que se utilizaron, como la báscula y el estadímetro fueron calibrados previa su utilización.

6.9 Plan de Análisis

Este proyecto al ser mixto se tuvieron dos fases para el plan de análisis: la fase cuantitativa y la fase cualitativa.

Fase cuantitativa

Para la fase cuantitativa, se utilizó como instrumento una escala la cual es acerca de los factores determinantes, los conocimientos, las creencias y los

hábitos alimentarios. Dicha escala se aplicó en las salas de espera de consultorios de pediatría habiendo obtenido previamente la autorización por parte de los pediatras de dichos consultorios.

Posterior a la obtención de los resultados de la encuesta, éstos se tabularon y organizaron en hojas de Excel para posteriormente ser exportados al programa SPSS versión 21.00, para realizar estadística descriptiva a las variables continuas, con el fin de obtener: la media, desviación estándar, frecuencias y proporciones para describir a la población estudiada; también se utilizó la prueba chi-cuadrada, para observar la asociación entre las variables.

Fase cualitativa

Para la fase cualitativa se realizó una entrevista semiestructurada (ANEXO C), utilizando una guía de las preguntas, para dicha entrevista se obtuvo un consentimiento informado ya que la misma fue audio-grabada.

En este punto es pertinente mencionar que la entrevista semi estructurada se define como la interacción entre dos personas o más donde una de ellas actúa como entrevistadora y la otra como entrevistada; en la entrevista semiestructurada se tiene una guía de preguntas acerca de la información relevante que se quiere conseguir, las preguntas se hacen de forma abierta dando oportunidad al entrevistado de responder y con base a sus respuestas se logra entrelazar temas e incluso se pueden aclarar términos que no se definían o establecían como tales.

Para las entrevistas cualitativas, se utilizó el programa MAXQD versión 12.0. Las entrevistas obtenidas se analizaron de forma entrelazada, es decir a medida que se van obteniendo las entrevistas éstas se deben de ir transcribiendo para su posterior categorización e interpretación siguiendo los pasos que se menciona (Izcarra, 2014). La transcripción de la entrevista se realizó utilizando las instrucciones propuestas por Poland (Rapley, 2014).

Para el procedimiento del análisis cualitativo, se utilizó la guía descrita por Creswell (2009), donde:

1. Se realizó una revisión de los datos: En este punto, se pretendió realizar actividades simultáneamente, como por ejemplo mientras se escuchaba el audio y se realizaba la transcripción de la misma, se fueron generando ideas acerca de las categorías que se podrían hacer acerca de la entrevista, y cómo estas podrían ser acomodadas, para que al final se pueda tener una secuencia de como van ocurriendo las cosas.
2. Se organizaron y prepararon los datos para análisis: debido a la cantidad de información obtenida, fue necesario realizar una reducción e interpretación de los datos sin omitir detalles cruciales para la investigación, de esta forma se pretendió lograr categorías, para así al final lograr tener toda la información esquematizada.
3. Se leyó a través de los datos: para lograr una fácil comprensión de lo que se quiere describir, y para una fácil comprensión, se realizaron tablas donde se desplegaron los datos de forma que se relacionaran las categorías con sus descripciones.
4. Se realizó una codificación de los datos: se codificó en base a los temas y todo aquello que fue mencionado en la entrevista y en base al tema, se realizó un código corto y descriptivo acerca de lo que representaba.
5. Se hizo una interrelación de temas: se buscaron patrones con base a la literatura, y así se construyó un análisis acerca del caso.
6. Se realizó y describió una interpretación del significado de cada tema: para la validación de la información, se buscaron artículos de otros autores, para observar si tenían los mismos resultados (triangulación teórica).

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del proyecto, éste pasó a través de una rigurosa revisión por parte del comité de ética de la *FaSPyN*, así como también se obtuvieron las autorizaciones por parte de los pediatras de los consultorios de donde se realizó el estudio.

En el caso de las participantes, las madres estuvieron enteradas acerca de los objetivos del proyecto, y estuvieron de acuerdo en participar en él. Se les otorgó un consentimiento informado en el cual se describieron los beneficios y responsabilidades, tanto de las participantes como del investigador.

INFRAESTRUCTURA, RECURSOS HUMANOS Y APOYO TÉCNICO DISPONIBLE.

Humanos

<u>Nombre</u>	<u>Cargo / Función</u>	<u>Tiempo de dedicación / Participación en el proyecto</u>
Dra. Natividad Ávila Ortiz.	Directora de Tesis	Totalidad de la duración del proyecto. 10 horas por semana.
LBG Elizabeth Andrea Martínez González	Tesista de Maestría en Ciencias en Salud Pública.	Totalidad de la duración del proyecto.
Apoyo de estudiante de FaSPyN	Trabajo de campo y apoyo logístico.	Etapas de recolección de datos.

Físicos

<i>Recursos</i>	<i>Descripción</i>
Sala de espera de consultorios de pediatría del áreas de baja marginación.	-Levantamiento de datos cualitativos. Aplicación de instrumentos.
Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública. FaSPyN, UANL.	-Elaboración de proyecto, captura y análisis de datos.

Materiales

<i>Recursos</i>	<i>Descripción</i>
Computadora, impresora, hojas de máquina y material de papelería (lápices, post-it, clips, grapas, sobres)	-Levantamiento de datos para la fase cuantitativa y cualitativa.
Equipo Antropométrico (Báscula, estadímetro).	-Levantamiento de datos para la fase cuantitativa.
Grabadora de Audio	-Levantamiento de datos para la fase cualitativa.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Primer Semestre	Segundo Semestre	Tercer Semestre	Cuarto Semestre
Realización de Marco Teórico	■			
Gestión de permisos		■		
Realización de Prueba Piloto		■		
Trabajo de Campo recolección de información.			■	
Captura de Información.			■	
Análisis de resultados y conclusion.				■

DESGLOSE FINANCIERO

Este proyecto, contó con recursos de CONACYT para poder cubrir las necesidades de los recursos materiales y de ciertos equipos para el proyecto.

8. RESULTADOS

8.1 Resultados cuantitativos

La población estudio estuvo constituida por 218 madres de niños de 6 a 24 meses. La edad promedio fue de las madres fue de 31.4 años \pm 4.4 años, la mayoría de ellas tenían entre 30 y 34 años de edad (Tabla 1). La mayoría era originaria de Nuevo León (70.2%) (Tabla 2). El 91.3 % eran casadas y la escolaridad que predominó fue de licenciatura (70.6%). El 50% de las madres trabajaba fuera del hogar. En cuanto al cónyuge, el 56 % tenía un grado de licenciatura (Tabla 3).

Tabla 1. Edad de la madre.

VARIABLE	RANGO	NÚMERO	PORCENTAJE
EDAD	20 - 24	8	3.7
	25 - 29	49	22.5
	30 - 34	96	44.0
	35 - 39	48	22.0
	40 - 45	17	7.8

N: 218

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Origen de las madres del estudio.

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
ORIGEN DE LA MADRE		
Nuevo León	153	70.2
Cd. De México	11	5.0
Coahuila	11	5.0
Otros países	8	3.7
Puebla	4	1.8
Veracruz	4	1.8

Jalisco	2	0.9
Morelia	2	0.9
San Luis Potosí	2	0.9
Sinaloa	2	0.9
Sonora	2	0.9
Total	218	100.0

N: 218

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Características sociodemográficas de las madres y escolaridad del padre.

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
ESTADO CIVIL		
Casada	199	91.3
Unión libre	9	4.1
Soltera	5	2.3
Separada	4	1.8
Divorciada	1	0.5
ESCOLARIDAD DE LA MADRE		
Licenciatura	154	70.6
Maestría	49	22.5
Preparatoria	10	4.6
Doctorado	4	1.8
Secundaria	1	0.5
SITUACIÓN LABORAL DE LA MADRE		
Sí	109	50.0
No	109	50.0

ESCOLARIDAD DEL PADRE**Licenciatura**

Maestría	122	56.0
Doctorado	74	33.9
preparatoria	16	7.3
Secundaria	3	1.4
	2	0.9

N: 218

Fuente: elaboración propia

Según lo referido por las madres la razón principal por la cual dejaron de amamantar fue porque “la leche no era suficiente” (39%), seguido a esto el “uso de medicamentos” (17.9%) (Tabla 4).

Tabla 4. Razón principal por la cual se dejó la lactancia materna

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Mastitis	15	6.9
Grietas en pezón	31	14.2
Uso de medicamentos	39	17.9
Leche no era suficiente	85	39.0
Trabajo	32	14.7
Total	202	92.7
Perdidos	16	7.3
Total	218	100.0

N: 218

Fuente: elaboración propia

En relación a los factores determinantes, se encontró que el 77.1% de los embarazos fueron planeados y el 72% de los nacimientos fueron por cesárea.

El uso de biberón durante los primeros seis meses de vida predominó con un 82.1%, así como el uso de chupón con un 65.6%. En cuanto al apoyo de la pareja para amamantar, se encontró que el 94% apoyaban a su pareja y que el 91% ayudaban en las labores del hogar. Además, la mayoría de las madres consideraban agradable el momento de amamantar (70.2%). El 71.1% de las madres reconocieron haber recibido información acerca de los beneficios de la lactancia y de la técnica correcta para amamantar. Se encontró que solamente el 36.7% de los niños recibieron apego y comenzaron la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento (Tabla 5).

Tabla 5. Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva.

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Planificación de embarazo		
Planeado	168	77.1
No planeado	50	22.9
Vía de nacimiento		
Vaginal	61	28.0
Cesárea	157	72.0
Uso de biberón durante los primeros 6 meses		
Sí	179	82.1
No	38	17.4
Uso de chupón los primeros 6 meses		
Sí	143	65.6
No	75	34.4
Apoyo de la pareja para amamantar		

Sí	205	94.0
No	13	6.0
Ayuda de la pareja en labores del hogar		
Sí	199	91.3
No	19	8.7
Momento de amamantar		
Agradable	153	70.2
Desagradable	17	7.8
Incómodo	48	22.0
Información de la lactancia en el hospital		
Beneficios y técnica.	155	71.1
Solo beneficios	17	7.8
Solo técnica	18	8.3
Ninguna	28	12.8
Apego Inmediato		
Sí	80	36.7
No	138	63.3
Apego Horas después del nacimiento		
Sí	104	47.7
No	114	52.3
Apego días después del nacimiento		
Sí	34	15.6
No	184	84.4

N: 218

Fuente: elaboración propia

En la tabla 6 se muestra el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva resaltando que sólo el 25.7% dieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del menor.

Tabla 6. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses(LME)

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Lactancia Materna Exclusiva		
Sí	56	25.7
No	162	74.3
Total	218	100

N: 218

Fuente: elaboración propia

Es importante señalar que la mayoría de las madres suspendió la lactancia materna exclusiva a los 3.3 meses \pm 2.1 meses. Por lo tanto, la edad media para comenzar la fórmula fue a los 3.9 meses \pm 2.8 meses, y el promedio de edad para el inicio de la ablactación fue a los 5.9 meses \pm 0.7 meses (Tabla 7).

Tabla 7. Duración de la lactancia materna exclusiva

VARIABLE	MEDIA	DS
Lactancia Materna Exclusiva	3.3	2.1
Fórmula	3.9	2.8
Ablactación	5.9	0.7

Fuente: elaboración propia

Según lo referido por las madres el 97.7% de los niños, alguna vez recibió lactancia materna; la duración media de la lactancia materna (sin ser exclusiva)

fue de 4.5 meses \pm 3.1 meses. Destaca que el 16.1% de las madres continuaron con la lactancia materna después de los 6 meses de edad del niño (Tabla 8).

Tabla 8. Lactancia materna en niños de 6 a 24 meses.

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Lactancia materna después de los 6 meses		
Menos de 6 meses	145	66.5
Hasta los 6 meses	38	17.4
Más de 6 meses	35	16.1
TOTAL	218	100

N: 218

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los conocimientos y las creencias de las madres acerca de la lactancia materna, se encontró que solamente el 50.5% de las madres tienen un alto conocimiento, el 45.9% tienen un conocimiento regular y el 3.7% tienen un conocimiento bajo de la lactancia materna. Sobre las creencias, se encontró que el 83.9% tiene creencias favorables acerca de la lactancia materna y el 16.1% cuenta con creencias desfavorables (Tabla 9).

Tabla 9. Conocimientos y creencias de las madres acerca de la lactancia materna.

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Conocimientos		
Bajo	8	3.7
Regular	100	45.9
Alto	110	50.5
Creencias		
Favorables	183	83.9

Desfavorables	35	16.1
----------------------	----	------

N: 218

Fuente: elaboración propia

**ASOCIACIÓN DE FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y DETERMINANTES
CON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.**

Al analizar la lactancia materna exclusiva con los factores sociodemográficos, la tabla 10 muestra que existe una diferencia significativa de la lactancia materna exclusiva con el regresar al trabajo y los estudios del padre, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas con el estado civil, los estudios de la madre, número de hijos y la situación laboral (Tabla 10).

Tabla 10. Tabla de contingencia para lactancia materna exclusiva por factores sociodemográficos.

		LME						Valor X²	Valor p
		No		Sí		Total			
		n	%	n	%	n	%		
ESTADO CIVIL	Soltera	3	60.0	2	40.00	5	100	3.360	0.500
	Casada	146	73.4	53	26.63	199	100		
	Divorciada	1	100.0	0	0.00	1	100		
	Separada	4	100.0	0	0.00	4	100		
	Unión libre	8	88.9	1	11.11	9	100		
ESTUDIOS DE LA MADRE	Secundaria	1	100.0	0	0.00	1	100	3.430	0.489
	Preparatoria	8	80.0	2	20.00	10	100		
	Licenciatura	118	76.6	36	23.38	154	100		
	Maestría	33	113.8	16	55.17	29	100		
	Doctorado	2	50.0	2	50.00	4	100		
ESTUDIOS DEL PADRE	Secundaria	2	100.0	0	0.00	2	100	9.874	0.043
	Preparatoria	2	66.7	1	33.33	3	100		
	Licenciatura	96	78.7	26	21.31	122	100		
	Maestría	54	73.0	20	27.03	74	100		
	Doctorado	7	43.8	9	56.25	16	100		

	1	78	74.3	27	25.71	105	100		
NÚMERO DE HIJOS	2	62	80.5	15	19.48	77	100		
	3	17	63.0	10	37.04	27	100	6.854	0.144
	4	5	62.5	3	37.50	8	100		
	5	0	0.0	1	100.00	1	100		
SITUACIÓN LABORAL	Sí	84	77.1	25	22.94	109	100		
	No	78	71.6	31	28.44	109	100	0.865	0.352
DEJAR DE AMAMANTAR POR TRABAJO	Sí	33	97.1	1	2.94	34	100	11.176	0.001
	No	51	68.0	24	32.00	75	100		

Prueba =Chi-cuadrada (X^2), p=significancia (p< 0.05), Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas del estudio

Las participantes del estudio señalaron que las razones por las que abandonaron la lactancia materna exclusiva se asociaron a la percepción de que su “leche no era suficiente” y regreso al trabajo, mientras que la mastitis, las grietas en los pezones y el uso de medicamentos no se encontraron como un factor asociado (Tabla 11).

Tabla 11. LME asociada con principales razones para dejar de amamantar.

		LME						Valor X ²	Valor p
		No		Sí		Total			
		n	%	n	%	n	%		
Razón principal para dejar de amamantar	Mastitis	11	73.3	4	26.7	15	100	0.234	0.629
	Grietas en los pezones	23	74.2	8	25.8	31	100	0.121	0.728
	Uso de medicamentos	29	82.6	6	17.4	35	100	0.523	0.469
	Leche no era suficiente	60	70.6	25	29.4	85	100	6.894	0.009
	Trabajo	31	96.9	1	3.1	32	100	7.761	0.005

Prueba =Chi-cuadrada (X²), p=significancia (p< 0.05), Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas del estudio.

En la siguiente tabla se puede observar que, la vía de nacimiento, la utilización de biberón en el hospital y en los primeros seis meses, así como el apoyo de la pareja en la decisión de amamantar, están asociados con la lactancia materna exclusiva (Tabla 12).

Tabla 12. Tabla de contingencia para lactancia materna exclusiva por distintos factores.

		LME						X ²	Valor p
		No		Sí		Total			
		N	%	n	%	n	%		
Tipo de embarazo	Planeado	126	75.0	42	25.0	168	100	0.182	0.67
	No planeado	36	72.0	14	28.0	50	100		
Vía de nacimiento	Parto	39	63.9	22	36.1	61	100	4.778	0.029
	Cesárea	123	78.3	34	21.7	157	100		
Estancia de la madre en hospital	Menos de 24 horas	8	72.7	3	27.3	11	100	1.566	0.457
	Entre 24 y 48 horas	69	70.4	29	29.6	98	100		
	Más de 48 horas	85	78.0	24	22.0	109	100		
Información de la lactancia en el hospital	Ambas	117	75.5	38	24.5	155	100	0.981	0.806
	Beneficios	11	64.7	6	35.3	17	100		
	Técnica	13	72.2	5	27.8	18	100		
	Ninguna	21	75.0	7	25.0	28	100		

Uso de biberón en hospital	Sí	120	80.0	30	20.0	150	100	8.15	0.004
	No	42	61.8	26	38.2	68	100		
Uso de biberón los primeros 6 meses	Sí	142	79.3	37	20.7	179	100	14.08	0.000
	No	19	50.0	19	50.0	38	100		
Uso de chupón los primeros 6 meses	Sí	108	75.5	35	24.5	143	100	0.032	0.572
	No	54	72.0	21	28.0	75	100		
Apoyo de la pareja para amamantar	Sí	149	72.7	56	27.3	205	100	4.779	0.029
	No	13	100.0	0	0.0	13	100		
Apoyo de la pareja en	Sí	146	73.4	53	26.6	199	100		

labores del hogar	No	16	84.2	3	15.8	19	100	1.068	0.301
Abuelas favorecieron decisión de amamantar.	Sí	108	76.1	34	23.9	142	100		
	No	18	85.7	3	14.3	21	100		
	No opinaron	36	65.5	19	34.5	55	100	3.91	0.141
Momento de amamantar	Agradable	110	71.9	43	28.1	153	100	1.72	0.423
	Desagradable	13	76.5	4	23.5	17	100		
	Incómodo	39	81.3	9	18.8	48	100		

Prueba =Chi-cuadrada (X^2), p=significancia (p< 0.05), Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas del estudio.

En la tabla 13 se encontró que entre los conocimientos y la lactancia materna exclusiva existe una asociación estadísticamente significativa. Mientras que el tener creencias favorables hacia la lactancia no se asociaron.

Tabla 13. Asociación de la LME con conocimientos y creencias.

		LME						Valor χ^2	Valor P
		No		Sí		Total			
		n	%	n	%	n	%		
Conoci- mientos	Bajo	8	100	0	0.0	8	100	7.316	0.026
	Regular	80	80	20	20.0	100	100		
	Alto	74	67.3	36	32.7	110	100		
Creencias	Favorables	139	76.0	44	24.0	183	100	1.615	0.204
	Desfavorables	23	65.7	12	34.3	35	100		

Prueba =Chi-cuadrada (χ^2), p=significancia (p< 0.05).

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas del estudio.

HABITOS ALIMENTARIOS y DIVERSIDAD DIETÉTICA EN NIÑOS DE ENTRE 6 Y 24 MESES.

Se encontró que el 94% de los niños de entre 6 y 24 meses, han tenido buenos hábitos alimentarios (Tabla 14), es decir que su dieta incluye al menos cuatro de los siguientes siete grupos de alimentos :

- 1) Granos, raíces y tubérculos.
- 2) Leguminosas y nueces
- 3) Productos lácteos
- 4) Proteína animal
- 5) Huevo

- 6) Frutas y verduras ricos en vitamina A
- 7) Otras frutas y verduras

Tabla 14. Hábitos alimentarios de niños de 6 a 24 meses.

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Hábitos alimentarios		
Saludable	206	94.5
No saludable	12	5.5
TOTAL	218	100

En base a la frecuencia de alimentos, se encontró que el 35% de los menores si tienen una frecuencia de alimentos adecuada para su edad. Tabla 15.

Tabla 15. Frecuencia alimentaria de niños de 6 a 24 meses.

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Frecuencia alimentaria		
Sí cumple	76	35
No cumple	142	65
TOTAL	218	100

En la tabla 16, se puede observar los alimentos consumidos por los niños de 6 a 24 meses, entre los cuales se encuentra el consumo de verduras, leguminosas, grasas, pescados, jugos, productos lácteos, entre otros.

Tabla 16. Consumo de distintos alimentos en niños de 6 a 24 meses.

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Alimentos con	Sí	125
azúcar	No	93

Grasas, aceite,	Sí	126	57.8
mantequilla.	No	92	42.2
Productos	Sí	132	60.6
lácteos	No	86	39.4
Leguminosas	Sí	185	84.9
	No	33	15.1
Pescados y	Sí	92	42.2
mariscos	No	126	57,8
Manzana /	Sí	204	93.6
guayaba/ piña	No	14	6.4
Mango /papaya	Sí	207	95.0
	No	11	5.0
Verduras verde	Sí	197	90.4
oscuro	No	21	9.6
Huevo	Sí	130	59.6
	No	88	40.4
Papa	Sí	186	85.3
	No	32	14.7
Zanahoria	Sí	208	95.4
	No	10	4.6
Caldos	Sí	151	69.3
	No	66	30.3
Jugos	Sí	109	50.0
	No	109	50.0
Cereales	Sí	186	85.3
	No	32	14.7

REGRESIÓN LOGÍSTICA

De aquellas variables que fueron significativas ($p < 0.05$) en la prueba Chi-cuadrada, se realizó una regresión logística, donde se obtuvieron como

resultados significativos solamente: el trabajo, el uso de biberón durante los primeros 6 meses y el conocimiento de las madres. Por lo que se podría decir que, a menor trabajo, la madre tiene 8.9 veces más de probabilidad de dar LME, a menos uso de biberón durante los primeros seis meses, una madre tiene 3.4 veces más probabilidad de dar LME y a mayor conocimiento de una madre, ésta tiene 2.4 veces más probabilidad de dar LME (Tabla 17).

Tabla 17. Regresión logística de variables asociadas en la prueba Chi-cuadrada.

VARIABLE	SIG.	EXP(B)	95% CI para EXP (B)	
			INFERIOR	SUPERIOR
Trabajo	0.041	0.112	0.014	0.910
Uso de biberón primeros seis meses	0.006	0.290	0.121	0.698
Conocimientos	0.018	2.422	1.167	5.027

8.2 Resultados cualitativos

En este apartado se describen los hallazgos de 16 entrevistas semiestructuradas realizadas a madres con hijos de 6 a 24 meses, que giraron a entorno a la lactancia materna, mitos y hábitos alimentarios de los niños de 6 a 24 meses. Cabe señalar que para mantener el anonimato de las entrevistas se diseñó un seudónimo para las citas textuales utilizadas, el cual está compuesto por edad de la madre, sexo y edad del menor, los seudónimos se encuentran en el ANEXO D.

En relación a los datos sociodemográficos, se encontró que el promedio de edad de las madres fue de 30.2 ± 5.2 años. En cuanto al estado civil, predominaron las mujeres casadas, con un 81.3%, luego las mujeres solteras con un 12.5%. En base al grado de estudios de la madre, predominaron las mujeres con un grado de maestría (43.8%), seguido por las de Licenciatura (37.5%), posteriormente las mujeres con preparatoria (12.5%) y finalmente las mujeres con grado de secundaria (6.3%). Además, se encontró que el 50% de las mujeres tenían un trabajo remunerado y la otra mitad (50%) eran amas de casa. A continuación, se describen los resultados obtenidos en cada uno de los objetivos planteados.

Experiencia sobre la práctica de lactancia materna

El primero objetivo se enfocó en conocer la experiencia de las mujeres sobre la práctica de lactancia materna. Para ello se realizó una categoría llamada “Experiencia acerca de la lactancia materna”, del cual se obtuvieron tres subcategorías: dificultades, pensamientos y duración de la lactancia materna.

En relación a la experiencia que tienen las madres entrevistadas sobre la lactancia materna, la mayoría señaló que presentaron diversas dificultades al momento de amamantar, entre ellas está la creencia de no producir suficiente

leche, ya que ellas percibían a través del llanto del niño que se quedaba con hambre, por lo que recurrieron a la fórmula y al pronto inicio de la alimentación complementaria. En base a esto, algunas de las madres dijeron:

13E32M13M: “La verdad fue súper frustrante.... Porque no salía la leche que ella necesitaba, y por más que se me pegaba, pues seguía llore y llore, porque pues no estaba comiendo por lo mismo de que no me salía...entonces, tenía que comer primero lo que pudiera, y luego yo ya se lo tenía que completar con fórmula...”

7E34H15M: “Tenemos las mamás ese..., ese miedo, que no está.....que no quede satisfecho entonces sí le daba 1 o 2 onzas de fórmula, de que para que fuera más pesado”.

Del mismo modo, el regreso laboral y enfermedades como la mastitis son dificultades por las que entrevistadas abandonaron la lactancia materna. Al respecto las participantes señalaron:

11E40H8M: ...y ya que regrese a trabajar combine la lactancia y la fórmula.

1E32M24M: ...se llama mastitis que es cuando se te inflama, esta inflamación, obstrucción, y se te inflama todo el seno y estuve prácticamente 1 mes porque fue de un lado y luego otro hasta me di cuenta que para mí no era como vida porque tenía que, tuve que tomar antibióticos y fue muy difícil.

Otra dificultad que emergió de las entrevistas fue lo relacionado con la alimentación de la madre, puesto que está debe de llevar una dieta especial para evitar problemas en la salud del bebe. Con relación a este punto se dijo lo siguiente:

1E32M24M: ...o sea si pruebas (alimentos), pero hay cosas que obviamente le causan gases (al bebé), entonces tu alimentación es un poquito más estricta sin ser limitada, pero si tiende a ser más estricta y esa parte como que también es complicada para la mamá.

Por otra parte, las madres señalaron experiencias negativas entorno a la lactancia materna exclusiva, tales como el que exige una considerable cantidad de tiempo y dedicación sobre todo los primeros meses, debido a que la lactancia materna es a libre demanda lo cual genera que las salidas de las madres fuera de casa sean limitadas y a la larga provoque desgaste físico.

1E32M24M: Lo que no esta tan padre es la demanda y lo que implica porque prácticamente tienes que estar dedicada 100% a eso sin salir de casa los primeros meses.

A pesar de la serie de dificultades que presenta el amamantar, las madres expresan pensamientos positivos sobre la lactancia materna, señalan que lo ideal es brindarles leche materna, pues la consideran el mejor y más completo alimento para un bebé debido a los múltiples beneficios de salud que trae consigo. Además, todas las participantes señalan que antes del parto tenían pensado amamantar, sin embargo el no hacerlo o suspenderla fue por causa de las dificultades que se presentaron a lo largo de la práctica. En relación a esto las entrevistadas dijeron:

8E37M23M: ...como ya había amamantado, a los otros (hijos) con leche materna, con ella también yo quería que me sucediera, o sea, darle. Entonces pues, nunca contemplé la posibilidad de que no fuera a suceder.

11E40H8M: "Esteee... pues como mamá buscas darle lo más sano y lo mejor, y si todo el mundo te recomienda que... que el seno materno es la

alimentación más idónea para el bebé, porque le pasas anticuerpos, yyy... todo esto..."

En cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva, se observó que la mayoría de las madres la practicó hasta los seis meses de edad del menor. Los hallazgos de este estudio muestran que, de las 16 madres, siete de ellas (43.8%) dieron lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, tres (18.8%) hasta los tres meses, dos (12.5%) hasta los cuatro meses, dos solamente por un mes (12.5%), una de ellas (6.3%) hasta los cinco meses y una (6.3%) hasta los dos meses de edad.

En relación a la duración de lactancia exclusiva, algunas madres dijeron:

4E33M15M: "¿Exclusiva? Los primeros 6 meses."

8E37M23M: "Desde que nació hasta los seis meses."

Conocimientos sobre lactancia materna e introducción de alimentos

El segundo objetivo cualitativo fue describir los conocimientos de las madres acerca de la lactancia materna exclusiva y la introducción de otros alimentos. La categoría principal fue "Conocimientos sobre lactancia materna" y como subcategorías se tuvieron: información de los beneficios madre-hijo, contenido intelectual y el vínculo.

El total de las madres entrevistadas tienen conocimientos sobre los beneficios de la LME, consideran que permite un mejor desarrollo del sistema inmunológico del bebé, y que en la madre disminuye el riesgo de padecer ciertas enfermedades, tales como el cáncer de mama y cervicouterino, también indicaron que gracias a la práctica de la lactancia perdieron peso. Por lo tanto, queda al descubierto que las participantes se encuentran informadas y

actualizadas en cuanto a los beneficios que la lactancia brinda tanto para las madres como para sus hijos, algunas entrevistadas dijeron:

14E31H18M: "...el cáncer de mama para la mamá, el cáncer de ovario, ayuda a la mamá a bajar de peso más rápido, favorece la sensación de analgesia tanto para el bebé como para la mamá."

16E29H13M: "Bueno pueees.... los beneficios son muchos para la mamá y para el bebé, para la mamá disminuye el riesgo de cáncer de mama, de ovario, de útero, osteoporosis, depresión post-parto, mejora las contracciones uterinas para tener menor tiempo de sangrado posterior al embarazo, eeeeh... bajas de peso.... favorece el desarrollo emocional del bebé por el apego..."

En cuanto a los beneficios para el bebé, las madres resaltan que la lactancia ayuda a prevenir enfermedades y a fortalecer el sistema inmunológico del niño.

12E30H15M: "...que es la primera inmunización para los niños, es el mejor alimento que les podemos dar... genera un vínculo con el bebé súper importante, y pues ayuda aaa... tiene muchos beneficios para prevenir algunas enfermedades, algunos padecimientos..."

14E31H18M: "...para el bebé lo protege contra las infecciones, por el paso de anticuerpos, disminuye el riesgo de cáncer infantil, de obesidad infantil, de diabetes, mejora el desarrollo neurológico del bebé, mmmm... Y yo creo que ya."

Es importante señalar que, en esta población de baja marginación, la mayoría de las entrevistadas, para obtener información sobre la lactancia materna, recurrieron a cursos profilácticos, búsquedas en internet y médicos especialistas, entre otros, con esto lograron desmentir o solucionar las dudas

que se les presentaban a lo largo de la práctica de la lactancia. Acerca de esto comentaron:

15E28H16M: Sí, en el curso psicoprofiláctico y en el hospital me dijeron cosas de la lactancia...

2E32H13M: Ahh si durante mi embarazo recibí una plática de una especialista en lactancia este que, de aquí de Monterrey. Se llama Claudia Polina. Ella nos dio una plática sobre la lactancia muy completa y ehh a parte de lo que yo leí en internet en sitios como BabyCenter o ese tipo de sitios.

Un hallazgo recurrente en las entrevistas fue que para las madres además de los beneficios de salud que tiene la lactancia, resaltan los beneficios emocionales, ya que consideran que la lactancia crea un vínculo afectivo en el binomio madre-hijo, con respecto a esto algunas madres dijeron:

4E33M15M: “Beneficios que ella tiene contacto conmigo, como que esa parte de vínculo emocional que crea mamá e hijo es muy importante y es algo que yo valoré mucho como que esa parte emocional. “

7E34H15M: “Pues definitivamente ya una relación mucho más íntima con mi hijo, este, una conexión que teníamos pues, varias veces al día y en las madrugadas”

Hábitos alimentarios de niños de 6 a 24 meses

El tercer objetivo estuvo dirigido a conocer a través de las madres, los hábitos alimentarios de niños de 6 a 24 meses y se encontró que todas las madres entrevistadas consideran que la dieta de los niños de 24 meses o menos debe ser saludable, equilibrada y variada. Para la alimentación complementaria se tuvo como categoría los hábitos alimentarios y como subcategoría: desayuno, comida, cena, colación y alimentos dañinos.

En madres con hijos mayores de un año, se observó que brindan leche a sus hijos durante la mañana y durante la noche.

9E30M18M: ... su cenita y ya más aparte su biberón

3E24H12M: ...se levanta y toma su biberón y luego su fruta...

En el desayuno de los niños predominaron los alimentos a base de huevo, fruta, cereales.

15E28H16M: desayuno miguitas con huevo

10E21M18M: al momento de levantarse es su almuerzo es de huevo o galletas, este, más que nada le gusta mucho, come mucho los frijoles

En relación al tiempo de comida suele ser la más completa del día y está hecha a base de proteína animal, verduras y algún cereal como el arroz o pasta. Además, suele ser similar a la dieta familiar.

14E31H18M: y come... pues variado, pollo, picadillo, tortitas de papa, ensaladita de pasta y verduras...

6 34H15M: O sea le doy muy poquito, así en pedacitos chiquitos. Y le doy, a veces le doy también verduras cocidas, que las muerda: chayote, zanahoria, eh, con pollo... ¿qué más le doy? Este, pues sí, más que nada eso, sopas y así, le gustan.

En la cena se realizan alimentos en base a cereales o frutas

2E32H13M: Y en la noche para cenar le tengo tres cenitas principales que le doy. Una es avena, le hago avena con manzana, avena con pera, avena con plátano o también le hago huevo en salsa de tomate puede

ser con tortilla o con este papa o así. Y la tercera cenita que le hago es aguacate con galletas y queso panela.

11E40H8M: Pues una quesadilla, o sanwichito, o molletes, o así...

Como colaciones, se encontró que las madres proporcionan dos al día, basadas en cereales o frutas.

4E33M15M: el snack de media mañana casi siempre es un pan de grano entero con algo untado... puede ser crema de cacahuate, mermelada o queso crema, a veces le pongo hummus, luego también es el snack de media tarde, platanito o manzana, ayer por ejemplo el snack de media tarde fue unos pedacitos de queso con un poquito de moras azules"

14E31H18M: Mmm... a media mañana pues su snack, toma yogurt, o fruta, o verdura...gelatina... y merienda galletas, yogurt, o fruta...

Para las madres, los alimentos dañinos para los niños son los que tiene un alto contenido de azúcar, grasa y que además no proporcionan ningún valor nutrimental. En relación a esto algunas de las madres dijeron:

9E30M18M: "Bueno el refresco, me imagino que, porque trae mucha azúcar, o sea, son cosas que le hacen mucho daño así a su organismo, al igual que la chatarra."

7E34H15M: "Sí, em, muy grasosos o, eh, con mucha azúcar, azúcar artificial, este, lo mismo que uno como adulto no necesita, menos lo necesita un bebé, este, lo que le puede causar cualquier molestia que a nosotros nos pueda causar."

Por otra parte, en todas las entrevistadas se encontró que el momento de ablactación lo realizan en base a las recomendaciones del médico especialista en niños. Además, inician principalmente con verduras ya que es lo que el pediatra les indica.

13E32M13M: Porque así dijo el pediatra...

1E32M24M: Ese fue el método de mi pediatra

16E29M10M: ...eh, primero verduras y luego frutas, en forma de papilla.

15E28H16M: comenzamos con las papillas de verduras...

Cuando se les preguntó a las madres acerca de cómo debe ser la alimentación de niños de 24 meses o menores, todas coincidieron en que la alimentación debe de ser equilibrada, sana y variada.

16E29H13M: Pues balanceada y pues variada....

2E32H13M: Pues menores de dos años deben de tener pues una alimentación balanceada y variada... que incluya vegetales, no nada más frutas...

Mitos sobre la lactancia materna exclusiva

El último objetivo describe los mitos que tienen las madres acerca de la lactancia materna exclusiva. La mayoría de las madres coincidieron en mencionar mitos sobre como producir más leche materna. “*hay que tomar mucha leche para poder producir más leche...*” 14E31H18M. “*Pues me dijeron que con el atole de avena que hacía que, me saliera más leche*” 5E20M6M. “*la*

verdad es que hay muchos (mitos)... que tomes cerveza para producir leche, que si tu pecho es pequeño no vas a producir leche suficiente” 16E29H13M.

También señalaron otros mitos relacionados a como el estado de ánimo de la madre puede perjudicar la producción de leche y a su vez al bebé. Sobre esto dos entrevistadas dijeron:

6E29M10M: También dicen que cuando estás estresada o estás de mal humor que lo transmites, haces una leche diferente y los bebés lo sienten y como que no es muy bueno.

16E29H13M: Sí... que hay un daño al cuerpo de la mamá, o sea que se caen el pecho, que si estas enojada o triste no debes de amamantar porque se lo pasas al niño.

Relaciones sociales y lactancia

Cabe resaltar que a pesar de que la lactancia materna es un comportamiento natural en la mujer, amamantar en público a las madres les genera incomodidad, ya que este estudio encontró que las entrevistadas señalaron que no tienen problema para amamantar en público, siempre y cuando tengan un cobertor o una manta para cubrirse.

6E29M10M: Pues mira, cuando estaba bebé así, chiquita, no me importaba nada, porque decía: “Es mi bebé, está recién nacida”, digo, si me ponía la mantita, la mantita donde sea que estuviera y le daba, porque pues aparte comía todo el tiempo, muy seguido y decía: “Pues ni modo que me quede también en mi casa”...

14E31H18M: Pues... si me da un poco de pena... tengo que estar así cubierta, y que fuera así de que sumamente necesario...

Por otro lado, todas las entrevistadas señalaron que el apoyo que recibieron por parte de su esposo, de la familia y amigos influyó en la decisión de amamantar, puesto que consideran importante que estos las alienten y que les resalten los beneficios de la lactancia.

11E40H8M: Mmm... pues... sí influyen, porque pues finalmente el papá tiene mucho que ver también, y... las mamás o así, pero... en realidad, la decisión final la tiene la mamá de bebé ¿verdad?

8E37M23M: Pues sí, a lo mejor, el escuchar a las señoras grandes que dicen, o a los doctores, o por lo que se escucha previo a que uno tiene el bebé y te están bombardeando con que es “muy bueno, y muy bueno”, pues eso influyo en que yo quisiera amamantar.

9. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

9.1 Discusión cuantitativa

En la actualidad, en nuestro país, existen pocos datos acerca del porcentaje y por qué la población de baja marginación que acude a una institución de salud privada abandona la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de edad del menor, pese a las campañas de lactancia materna que existen en México. Por lo tanto, los resultados de este estudio muestran que el 25.7% de las madres amamantaron a su hijo de forma exclusiva hasta los seis meses, estas cifras están por debajo de lo recomendado por la OMS (2015). Y se muestran superiores a las publicadas según las últimas encuestas realizadas en México (González, Escobar, González y Hernández, 2012; ENIM, 2015).

La prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de este estudio mostró cifras cercanas a lo reportado por Tadele, et al. (2016), quienes señalan una prevalencia similar. Esto probablemente se debe a las semejanzas entre los sujetos de estudio, ya que ambas muestras provenían de poblaciones de baja marginación y la mayoría de las madres encuestadas tenían entre 20 y 30 años.

En este trabajo, al igual que en otros estudios realizados (Espinoza, et al. 2014; Oribe, et al. 2015; Pino, et al. 2013; Saeid, et al. 2013), encontraron que una de las principales razones por las que las madres dejan de amamantar es porque la “leche no era suficiente”, por lo que es necesario enfatizar en las madres las dificultades que se pueden presentar durante la lactancia. Además, se observó que el abandono de la lactancia está altamente relacionado a la percepción de la mujer, lo cual no siempre es objetivo.

Otro resultado interesante de destacar es que el regreso laboral aparece como la segunda causa de destete, resultado similar a lo reportado por Lama

(2015). Esto reafirma que el país requiere disposiciones legales vigentes que protejan la maternidad. En cambio, en un estudio realizado en la Habana, Cuba que cuenta con legislación laboral que salvaguarda la maternidad y la infancia y le permite a la mujer amamantar a sus hijos con tranquilidad, reportan prevalencias más altas en relación con la lactancia materna exclusiva (Avalos, et al., 2016).

Este estudio encontró asociación entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva, al igual que Laghi-Rey, Yaipen, Risco y Pereyra (2015), en donde con una población similar a la nuestra, el tipo de parto fue estadísticamente significativo. Por el contrario, diversos autores (López, Martínez y Zapata, 2013; Camargo, et al., 2011) con una población similar a la de esta investigación descubrieron lo opuesto.

Respecto a la relación de lactancia materna exclusiva con grietas en los pezones no se tuvo un valor estadísticamente significativo, a diferencia del estudio realizado por Laghi-Rey, et al. (2015) en donde dicha asociación si tuvo un valor significativo. Por su parte, Romero, Obregón, Rainero, Germán, Romero y Rudnitzky (2011), encontraron que la minoría de las madres abandonó la lactancia por grietas en los pezones, similar a lo encontrado en esta investigación.

En esta investigación, al igual que en otra realizada por Laghi-Rey, et al. (2015), indican que otro factor que influye en el proceso del abandono de la lactancia materna exclusiva es la vía de nacimiento por cesárea. Ante esto Pino, et al. (2013), destacan que los nacimientos por cesárea retrasan el inicio de la lactancia, ya que al ser un parto inducido la bajada de leche es paulatina, además el desgaste físico de la madre después de la operación impide el amamantamiento frecuente del niño.

Investigadores como Carvalhaes, Parada y Costa (2007) en una población similar a la de este estudio, reportaron que existe una asociación entre el uso de chupón y la práctica de la lactancia materna exclusiva, no obstante, estos resultados difieren a lo encontrado en este estudio.

En cuanto a los conocimientos y las creencias, Begna, et al (2015) encontraron que la mayor parte de las madres tenían un alto conocimiento sobre la lactancia materna, resultados superiores a los encontrados en este estudio, no obstante, en un estudio realizado por Vintimilla, Cazar, Guerrero y Vera (2013), en una población similar a la de este estudio, se encontró que solamente un cuarto de las madres tenían conocimientos altos.

Por otra parte, el estudio muestra que la mayor parte de los niños de entre 6 y 24 meses han tenido buenos hábitos alimentarios, sin embargo, existen resultados de otros estudios que difieren con los del presente, un ejemplo de ello es el llevado a cabo por Harvey, Collaby y Roberts (2017), en niños de entre 12 y 15 meses de edad, que concluyen que solo poco más de la mitad de los menores presentan buenos hábitos alimentarios.

9.2 Discusión (Cualitativa)

Como hallazgos de este estudio se encontró que las entrevistadas consideran que la lactancia materna no es fácil de practicar. Las madres afrontan diversas dificultades entre las principales se encuentran el creer que no producen suficiente leche, lo cual desencadena abandonar la lactancia materna exclusiva y complementar la alimentación con fórmula, estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Thet, Ei, Diamond, Sudhinaraset, Oo y Aung, (2016), mencionado que una de las principales creencias de las madres es que la leche materna no es suficiente alimento para el bebé e introducen fórmula, agua y alimentos semisólidos para que el niño quede satisfecho. De igual forma, Powell, Davis y Anderson, (2014) alude que las madres dejan de amamantar

porque creen que no están produciendo suficiente, ya que el niño no está ganando peso, por lo que comienzan la introducción de sucedáneos y alimentos semisólidos.

De acuerdo a estudios realizado por Fenwick, et al. (2013) y Hvarum y Glavin (2016) para las madres la leche materna es el alimento más completo que se le puede dar al bebé, pese a que pueden existir ciertas dificultades. Las participantes de este estudio coinciden con lo señalado y piensan que la lactancia materna es el mejor alimento para los bebés debido a sus múltiples beneficios.

Por lo tanto, en las narraciones las entrevistadas recalcan el valor y los beneficios de salud que brinda la lactancia materna tanto para el menor como para la madre. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Lee, et al. (2013), quienes señalan que una de las principales razones por las cuales las madres dan lactancia materna es por los beneficios que trae consigo como lo es el calostro que tiene propiedades nutricionales e inmunológicas. Sobre esto Hawley, et al. (2015), indican que una de las principales razones por las cuales las mujeres dan leche materna a sus hijos, es porque la leche contiene nutrientes y vitaminas que hace que los niños crezcan sanos, fuertes y sin enfermedades. También, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), destaca que la lactancia materna trae beneficios en la salud de la madre como lo son, la disminución del riesgo de padecer cáncer cervico-uterino y de mama.

También, se constató que la lactancia materna fortalece el vínculo entre madre e hijo, al respecto Burns, Fenwick, Sheehan y Schmied (2013), declararon que las madres creen que la lactancia establece una relación con sus hijos, por lo que consideran que es una prioridad practicar la lactancia. Del mismo modo, Warren, Creedon, O'Mahony y Mulcahy (2016), afirman que las madres que consideran que la lactancia crea un vínculo afectivo entre la madre y el niño, son más propensas a practicarla por más tiempo.

Los resultados de este estudio muestran que todas las entrevistadas antes del parto tenían pensado dar lactancia materna exclusiva a sus hijos, no obstante, las diversas dificultades durante la práctica influyeron en su abandono precoz. Al respecto Oribe, et al. (2015) manifiestan que la madre que no tiene decidido antes del parto el tipo de lactancia que iba a seguir, es una variable asociada con un mayor riesgo de abandono de la lactancia exclusiva en el periodo temprano.

En cuanto a los conocimientos de las madres sobre la lactancia materna se pudo observar que al igual que el estudio realizado por Avalos, et al. (2016), las madres conocen acerca de la importancia de práctica de la LME desde el nacimiento y durante el tiempo adecuado. No obstante, según Forero, Rodríguez, Isáacs y Hernández et al. (2013) su adecuado desarrollo no depende solo de estos conocimientos, sino también de la experiencia misma de lactar. Es en la experiencia en la que las madres adolescentes se debaten entre la continuación de la lactancia materna y su abandono.

En su mayoría las madres de este estudio mencionaron que el apoyo de la pareja y la familia influyó en la decisión de amantar, estos hallazgos son similares a otros estudios (Forero, et al., 2013; Pino, López, Medel y Ortega, 2013) donde las madres resaltaron la importancia de los padres de sus hijos como fuentes de apoyo necesarias para la lactancia materna.

Específicamente para las participantes de este estudio quienes presentan baja marginación, se encontró que los conocimientos relacionados a la lactancia materna se obtienen a través de cursos, búsquedas de internet y por enfermeras y médicos. Sobre la ablactación todas las madres coincidieron realizarla en base a las recomendaciones del pediatra. Por lo tanto, tal como lo señalan Benjumea, Falla y Jurado (2013) el papel de los profesionales de la

salud es una herramienta muy importante en la prevención del destete precoz, técnica adecuada y en la ablactación.

En cuanto a los hábitos alimentarios se encontró que las madres brindan alimentos saludables y variados. Al respecto Lindsay, Ferraro, Franchello, Barrera, Tavares, Pfeiffer, et al. (2012) mencionan que las madres presentan una preocupación por desarrollar buenos hábitos alimentarios, por lo que les brindan a sus hijos alimentos saludables. Por su parte Egyir, Ramsay, Bilderback y Safaii (2016), dicen que las madres tienden a dar alimentos saludables a sus hijos, puesto que para ellas la comida es vida, que previene enfermedades y hace que un niño crezca saludable.

De acuerdo a la UNICEF, existen diversos mitos que giran alrededor de la lactancia materna, y a la producción de la misma, sin embargo, a éstos de les debe de hacer caso omiso, ya que la producción es un proceso que se basa en la “oferta y la demanda”, es decir entre más succión, más producción.

10. CONCLUSIONES

El estudio presenta una alta incidencia de abandono de la LME durante los primeros seis meses de vida del infante. La duración promedio de la lactancia materna exclusiva en este estudio fue de 3.3 meses, lo que muestra que se encuentra por debajo de las recomendaciones por la OMS. Además, este estudio identifica como principales causas de abandono el no producir suficiente leche y el trabajo, quedando entonces al descubierto que el abandono de la lactancia materna se relaciona a las decisiones y percepciones de las madres. También podría estar vinculado a las pocas iniciativas nacionales o al mal diseño de estrategias para promover la lactancia materna.

Por otra parte, los resultados cuantitativos como cualitativos, señalan que las madres tienen conocimiento acerca de los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el niño, pese a esto, se encontró que, aunque una madre posea conocimientos altos acerca del tema, esto no asegura que las madres proporcione lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida del menor. Asimismo, se reafirma la asociación que existe entre el apoyo de la pareja y la lactancia materna exclusiva, ya que las madres entrevistadas dijeron darle importancia al apoyo de su pareja.

Los resultados cualitativos señalan que las madres consideran favorable a la lactancia por el vínculo afectivo que se forma entre el binomio madre-hijo, por lo que podría ser necesario enfatizar esta parte al momento de hablar acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva.

La mayoría de las madres comienza la ablactación de sus hijos a los seis meses de edad, y que creen que lo mejor para ellos es darles una dieta balanceada, equilibrada y saludable para que crezcan sanos y fuertes.

11. REFERENCIAS

- Alvaréz-Gayou, J.A. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Asfaw, M., Argaw, M. y Kefene, Z. (2015). Factors associated with exclusive breastfeeding practices in Debre Berhan District, Central Ethiopia: a cross sectional community based study. *Breastfeeding Journal*, 10 (23), 1-9.
- Avalos, M., Mariño, E. y González, J. (2016). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 35(2), 170-177.
- Begna, Z., Kefale, B., Geletaw, A., Abdella, A., Chinasho, B., Alemayehu, A., et al. (2015). Knowledge and practice of mothers towards exclusive breastfeeding and its associated factors in Ambo Woreda West Shoa Zone Oromia Region, Ethiopia. *International Journal of Research and Development in Pharmacy & Life Sciences*. 4(3), 1-7.
- Benjumea. M., Falla, N. y Jurado, L. (2013). Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia. *Hacia la promoción de salud*, 18(2), 66-78.
- Brich, L., Savage, J. y Ventura, A. (2007). Influences on the development of children's eating behaviour: from infancy to adolescence. *Canadian journal of dietetic practice and research*, 68 (1), 1-11.
- Camargo, F., Latorre, J. y Porras, J. (2011). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la promoción de la salud*, 16(1), 56-72.

- Carrasco, K. y Corvalán, K. (2007). *Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida*. Chile: Chile
- Carvalhoes, M., Parada, C. Y Costa, M. (2007). Factores asociados a la situación de lactancia materna exclusiva en niños menores de 4 meses en Botucatu-SP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.15(1), 1-8.
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). (2015). La secretaría de salud prepara nuevas reglas para fortalecer la lactancia materna. Recuperado el 18 de noviembre de 2015, de <http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/11082015.pdf>
- Creswell, J. (2009). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. USA: SAGE.
- Dahl, L. (2015). *Clinician's Guide to breastfeeding*. Nueva York: Springer.
- Earle, S. (2002). Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health promotion international*, 17 (3), 205-215.
- Egyir, B., Ramsay, S., Bilderback, B. y Safaii, S. (2016). Complementary Feeding Practices of Mothers and Their Perceived Impacts on Young Children: Findings from KEEA District of Ghana. *Maternal Child Health Journal*. DOI 10.1007/s10995-016-1994-0
- Espinoza, C., Zamorano, C., Graham, S y Orozco, A. (2014). Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses

de vida. *Anales médicos*, 59(2), 120-126.

Fenwick, J., Burns, E., Sheehan, A. y Schmied, V. (2013). We only talk about breast feeding: A discourse analysis of infant feeding messages in antenatal group-based education. *Midwifery*, 29(1), 425-433.

Forero, Y., Rodríguez, S., Isáacs, M. y Hernández, J. (2013). La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes en Bogotá. *Biomédica; Revista del Instituto Nacional de Salud*, 33(4), 554-563.

González, T., Escobar, L., González, L. y Hernández, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud Pública 2012. Evidencia para la política pública en salud. Recuperado el 14 de noviembre de 2015, de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPraclactancia.pdf>

Harvey, S., Collaby, J. y Roberts, L. (2017). An exploration of complementary feeding of infants and young children in the rural area of Muhoroni, Nyanza province, Kenya: a descriptive study. *Paediatrics and International Child Health*. 1-9.

Heck, K., Braveman, P. y Cubbin, C., Chávez, G., Kiely, J. (2006). Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California Mothers. *Public health reports*, 121, 51-58.

Hernández, A. (2004). Investigación en lactancia materna, aspectos metodológicos. En Monografías de la AEP n.5 (Ed), *Lactancia materna: guía para profesionales*. (pp. 427-438). España: Ergon.

Hong, H., Durham, J., Booth, J. y Sychareun, V. (2013). A qualitative study on the breastfeeding experiences of first-time mothers in Vientiane, Lao PDR. *BMC Pregnancy and childbirth*, 13, 1-9.

- Hvartum, I. y Glavin, K. (2016). Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *Journal of clinical nursing*. DOI: 10.1111/jocn.13663
- Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México (2016). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.
- Izcarra, S. (2014). *Metodología de la investigación cualitativa*. México: Fontamara.
- Kitsantas, P., Gaffney, K. y Kornides, M. (2014). Prepregnancy body mass index, socioeconomic status, race/ ethnicity and breastfeeding practices. *Journal of perinatal medicine*, 40 (1), 77-83.
- Laghi-Rey, A., Yaipen- Ayca, A., Risco- Denegri, RV. y Pereyra-Elías, R. (2015). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013. *Archivos de medicina*. 3(11), 1- 7.
- Lama, D. (2015). Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, en madres aseguradas del Hospital Tingo-María-Essalud. *Ágora revista Científica*. 2(1),125-138.
- Lee, H., Durham, J., Booth, J. y Sychareun, V. (2013). A qualitative study on the breastfeeding experiences of first-time mothers in Vientane, Lao PDR. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 13, 1-9.

- Lindsay, A., Ferarro, M., Franchello, A., Barrera, R., Tavares, M., Pfeiffer, M. y Peterson, K. (2012). Child feeding practices and household food insecurity among low-income mothers in Buenos Aires, Argentina. *Ciencia&Saude Colectiva*. 17, 661-669.
- Lomelí, J. (2015). Contacto temprano inicio lactancia materna. En Reyes, H.(Ed.) *Manual de curso avanzado de apoyo a la lactancia materna* (pp 23-25). México: APROLAM.
- López, B. y Zapata, N. (2013). Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 31(1), 1-10.
- Martínez, A. (2015). *Mitos más frecuentes en la lactancia materna*. En Reyes, H.(Ed.) *Manual de curso avanzado de apoyo a la lactancia materna* (pp 112-114). México: APROLAM.
- Martín-Calma, J. (2004). *Lactogénesis*. En Monografías de la AEP n.5 (Ed), *Lactancia materna: guía para profesionales*. (pp 45-58). España: Ergon.
- Martínez, A. (2004). *Ventajas de la lactancia materna para la madre*. En Monografías de la AEP n.5 (Ed), *Lactancia materna: guía para profesionales*. (pp 119- 123). España: Ergon.
- Martínez, A. (2015). *Efectos a corto y largo plazo de la lactancia materna*. En Reyes, H. (Ed.). *Manual de curso avanzado de apoyo a la lactancia materna*. (pp. 115-116). México: APROLAM.
- Matanda, D., Mittlmark, M., Urke, H. y Amugsi, D. (2014). Reliability of demographic and socioeconomic variables in predicting early initiation

of breastfeeding: a replication analysis using the Kenya Demographic and Health Survey data. *BMJ Open*, 4, 1-13.

Me,M., Ei,E., N., Sudhinaraset, M., Oo, S y Aung, T. (2016). Barriers to exclusive breastfeeding in the Ayeyarwaddy Region in Myanmar: Qualitative findings from mothers, grandmothers, and husbands. *Appetite*, 96, 62-69.

Mestas, P., de Novaes, M. y de Aguilar, J. (2010). *Factores que determinan la lactancia materna en niños matriculados en jardines Infantiles públicas y filantrópicas en Sao Paulo, Brasil. Archivos latinoamericanos de nutrición*, 60(4), 360-368.

Rapley, T. (2014). *Los análisis de conversación, de discurso y de documentos en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.

Roig,O. (2013). *Early breastfeeding cessation in infants: causes and solutions*. En Watson,R (Ed), *Nutrition in infancy: volume I*. (pp. 247- 263). España: Springer.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). (2015). *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Recuperado el 12 de octubre de 2015, de <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s00.htm>

Organización mundial de la salud (OMS). (2015). *Lactancia materna exclusiva*. Recuperado el 12 de octubre de 2015, de http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Marina, LS., Villar, M., Dorronsoro, M., Amiano, P. y Ibarluzea, J. (2015). Prevalencia y

factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*. 29(1),4-9.

Paricio, J. (2004) *Aspectos históricos de la alimentación al seno materno*. En Monografías de la AEP n.5 (Ed), *Lactancia materna: guía para profesionales*. (pp 7-26). España: Ergon.

Patel, D., Bansal. S., Nimbalkar, A., Phatak, A., Nimbalkar,S. y Desai,D. (2015). Breastfeeding Practices, Demographic Variables, and Their Association with Morbidities in Children. *Advances in Preventive Medicine*, 1-9.

Pino, J., López, M., Medel, A. y Ortega, A. (2013). Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural en Chile. *Revista Chilena de Nutrición*. 40(1), 48-54.

Powell, R., Davis, M. y Anderson, A. (2014). A qualitative look into mother's breastfeeding experiences. *Journal of Neonatal Nursing*, 20(1), 259-265.

Ramos, M. y Stein, L. (2000). Development children's eating behavior. *Jornal de pediatria*, 76 (3), 229- 237.

Redsell, S., Atkinson, P., Nathan, D., Siriwardena, N., Swift, J y Glazebrook, C. (2010). Parents' beliefs about appropriate infant size, growth and feeding behaviour: implications for the prevention of childhood obesity. *BMC Public Health*, 10 (711), 1- 10.

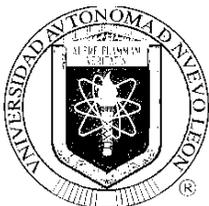
Reyes, H. y Fuentes, D. (2015). *Composición de la leche humana*. En Reyes, H.(Ed.), *Manual de curso avanzado de apoyo a la lactancia materna*. (pp. 14-16). México: APROLAM.

- Riaño, I. (2004). *Duración recomendada de la lactancia materna. Ventajas e inconvenientes*. En Monografías de la AEP n.5 (Ed), *Lactancia materna: guía para profesionales*. (pp. 85- 93). España: Ergon.
- Romero, M., Rainero, V., Romero, G. y Rudnitzky, R. (2001). *Práctica de la lactancia materna y factores determinantes en dos grupos demográficos de la ciudad de Corrientes*.(Sin revista). 939-946.
- Saied, H., Mohamed, A., Suliman, A. y Al Anazi, W. (2013). Breastfeeding knowledge, attitude and barriers among Saudi women in Reyadh. *Journal of natural sciences research*, 3(12), 6-14.
- Scott, J. (2011). *Infant feeding practices*. En P. Liamputtong, *Infant feeding practices*.(pp. 2-16). Australia: P. Liamputtong.
- Secretaría de desarrollo social (SEDESOL). (2014). Boletín quincenal de la subsecretaría de prospectiva, planeación y evaluación. Recuperado el 20 de octubre de 2015, de http://www.2012-2015.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/142/1/images/boletin_76_DGAP.pdf
- Secretaría de Gobernación (SEGOB). (2012). Acuerdo que establecen las directrices para fortalecer la política en lactancia materna. Recuperado el 20 de noviembre de 2015, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5273984&fecha=22/10/2012
- Tadele, N., Habta, F.; Akmel y Deges. (2016). Knowledge, attitude and practice towards exclusive breastfeeding among lactating mothers in Mizan Aman town, Southwestern Ethiopia: descriptive cross- sectional study. *International Breastfeeding Journal*. 11(3), 1-7.

- Teka, B., Assefa, H. y Hailelassie, K. (2015). Prevalence and determinant factors of exclusive breastfeeding practices among mothers in Enderta woreda, Tigray, North Ethiopia: a cross sectional study. *International breastfeeding journal*. 10 (2), 1-7.
- Thet, M., Ei, E., Diamond, N., Sudhinaraset, M., Oo, S y Aung, T. (2016). Barriers to exclusive breastfeeding in the Ayeyarwaddy Region in Myanmar: Qualitative findings from mothers, grandmothers, and husbands. *Appetite*, 96, 62-69.
- Vintimilla, E., Cazar, M.E., Guerrero, J., Vera, J. (2013). *Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en madres adolescentes* (Tesis de pregrado). *Universidad de Azuay, Cuenca, Ecuador*.

ANEXOS

ANEXO A: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA PROGRAMA INTERFACULTADES

Título de Estudio:

“Factores asociados a la lactancia materna exclusiva y a los hábitos alimentarios en niños(as) de 6 a 24 meses de madres que habitan en comunidades de baja marginación en Nuevo León.”

Objetivo del proyecto:

Identificar los factores asociados a la lactancia materna exclusiva y a los hábitos alimentarios en niños(as) de 6 a 24 meses de madres que habitan en comunidades de baja marginación en Nuevo León.

Elegibilidad

Para poder llevar a cabo este proyecto se solicita la participación de mujeres mayores de 18 años con al menos un hijo(a) de entre 6 y 24 meses de edad. Si usted conoce a alguien que cumpla con esto se le pedirá de favor contactarlos para saber si ellas estarían dispuestas a participar en este estudio.

PROCEDIMIENTOS

Si usted decide participar en este proyecto de investigación, lo único que tendrá que hacer es contestar un cuestionario acerca su información demográfica, de los conocimientos y creencias acerca de la lactancia materna así como de los hábitos alimentarios que se le dan a su(s) hijo(a), también para este estudio se pesará a su hijo(a) en una báscula utilizando ropa ligera, y se le tomara la talla. En caso de ser elegida, y estar dispuesta, se le pedirá participar en una entrevista en la cual se explorarán los sus conocimiento, creencias y hábitos alimentarios para con su(s) hijo(a), dicha entrevista tendrá una duración aproximada de 30 minutos la cual será audio grabada.

OPCIONES

Usted puede decidir en no participar en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD

Cualquier cosa que usted nos revele en este estudio, se mantendrá de forma confidencial, si se llegasen a publicar los resultados en algún artículo o revista, usted no será identificado de ninguna manera, por lo que se tomarán todas las medidas necesarias para mantener su información en privado. Las respuestas a el cuestionario y a la entrevista serán anónimas, y se utilizará un seudónimo escogido por usted. En caso de que Ud. Tenga alguna duda o inquietud acerca de lo que se realiza en la investigación podrá contactar a la Dra. María

Natividad Ávila Ortiz al teléfono: 1340-4890 ext. 3096 o al correo natividad.avilao@uanl.mx, también podrá contactar a la tesista de ésta investigación Eizabeth A. Martínez González en el teléfono 811-600-5445 o en el correo elizabeth.martinezgn@uanl.edu.mx

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La decisión de formar parte de este estudio es completamente voluntaria, Usted es libre de decidir si participa o no, así como de retirarse en cualquier momento del estudio, esto no la afectará en ninguna forma.

Entiendo que estoy en mi derecho de solicitar cualquier aclaración y obtener información sobre la investigación en cualquier momento del desarrollo de la misma, además entiendo que tengo la libertad de retirarme en el momento que desee y que esta decisión no me afectará. Entiendo que la información obtenida en esta investigación será manejada de forma confidencial y en ningún momento se violará mi privacidad.

Su firma indicará que usted ha decidido tomar parte de este proyecto y que ha leído y entendido la información proporcionada y explicada personalmente.

Firma del participante y Nombre

Fecha

Nombre y firma del investigador

Fecha

ANEXO B: CUESTIONARIOS DE COLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA PROGRAMA INTERFACULTADES

Nombre: _____ Folio: _____

Edad: _____ Lugar de Origen: _____

Colonia/Código postal: _____ Teléfono: _____

Fecha: _____.

Circule la respuesta que mejor describa su situación.

1. Estado Civil

- | | | |
|-------------|----------------|---------------|
| 1. Soltera | 2. Casada | 3. Divorciada |
| 4. Separada | 5. Unión libre | 6. Viuda |

2. Grado máximo de estudios de la madre

- | | | |
|-----------------|---------------|-----------------|
| 1. Primaria | 2. Secundaria | 3. Preparatoria |
| 4. Licenciatura | 5. Maestría | 6. Doctorado |

3. Grado máximo de estudios del padre

- | | | |
|-----------------|---------------|-----------------|
| 1. Primaria | 2. Secundaria | 3. Preparatoria |
| 4. Licenciatura | 5. Maestría | 6. Doctorado |

4. ¿Cuántos hijos tiene actualmente? _____

5. Actualmente trabaja

- | | |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

6. En caso de haber respondido sí, ¿Acaso usted tuvo que dejar de amamantar a su hijo(a) cuando regresó a trabajar?

- | | |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

7. En caso de ya no amamantar, ¿cuál fue la razón principal por la cual tuvo que dejar de amamantar?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Mastitis (inflamación de la mama) | 2. Grietas |
| 3. Sangrado en el pezón | 4. Depresión post-parto |
| 5. Uso de medicamentos | 6. La leche no era suficiente |

8. Mi embarazo fue

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. Planeado | 2. No planeado |
|-------------|----------------|

9. Tipo de parto

- | | |
|---------------------|------------|
| 1. Vaginal(natural) | 2. Cesárea |
|---------------------|------------|

10. Talla de su hijo al nacer

- | | | |
|-------------------|---------------------|------------------|
| 1. Menor de 50 cm | 2. Entre 50 y 54 cm | 3. Mayor a 54 cm |
|-------------------|---------------------|------------------|

11. Peso de su hijo al nacer _____ kg

12. Duración de su estancia en el hospital después del parto

- | | | |
|----------------------|------------------------|--------------------|
| 1. Menos de 24 horas | 2. Entre 24 y 48 horas | 3. Más de 48 horas |
|----------------------|------------------------|--------------------|

13. ¿Recibió usted información acerca de la lactancia materna durante su estancia en el hospital?

1. Sí, recibí información acerca de los beneficios de la lactancia materna y de la técnica.
2. Solamente recibí información acerca de los beneficios de la lactancia materna
3. Solamente recibí información acerca de la técnica de la lactancia materna
4. No recibí ningún tipo de información.

14. Durante su estancia en el hospital, después del parto, ¿su hijo(a) recibió biberón?

1. Sí 2. No

15. ¿Su hijo(a) recibió biberón durante los primeros 6 meses?

1. Sí 2. No

16. ¿Su hijo(a) utilizó el chupón durante los primeros 6 meses?

1. Sí 2. No

17. ¿Su pareja la apoyó en su decisión de amamantar?

1. Sí 2. No

18. ¿Usted recibió apoyo por parte de su pareja en las labores cotidianas para que usted pudiera amamantar?

1. Sí 2. No

19. ¿Acaso las abuelas de su hijo(a) favorecieron su decisión de amamantar?

1. Sí 2. No 3. Ellas no opinaron

20. ¿Cómo consideró usted el momento de lactar?

1. Agradable 2. Desagradable 3. Incómodo

De las siguientes oraciones, marque con una X aquellas que para Ud. Son Falsas ó verdaderas.

Verdadero Falso No sé

21. La leche materna es el mejor alimento para el bebé

22. La leche materna protege al bebé de enfermedades como: diarrea, alergias e infecciones

23. El dar leche materna protege a la madre de cáncer de mama

24. La lactancia materna exclusiva se recomienda durante los primeros 6 meses de edad del niño.

25. La leche materna es más barata que la leche de fórmula.

26. Es raro que los niños amamantados se estriñan

27. Niños amamantados con leche materna

- exclusiva desarrollan habilidades motrices más rápido (caminar, hablar, sostener la cabeza).
28. Los niños alimentados con fórmula son mas inteligentes que los niños alimentados con leche materna.
29. La lactancia materna crea un vínculo cercano entre el niño y la madre
30. La lactancia materna puede proteger a los niños de la obesidad
31. La lactancia materna puede proteger a la madre de la osteoporosis
32. La lactancia materna ayuda a que el útero se contraiga mas rápido después del nacimiento para controlar el sangrado post-parto.
33. Los niños amamantados son mas sanos que aquellos que toman fórmula
34. Es mas fácil para el bebé digerir la leche materna que la leche en fórmula
35. La leche materna es mas saludable que la leche en fórmula

De las siguientes preguntas, marque con una X aquellas que usted crea que son falsas ó verdaderas.

Verdadero Falso

36. ¿Usted cree que al amamantar por un largo período de tiempo se caen los pechos?
37. ¿Usted cree que una leche de un color claro o muy transparente es un leche de mala calidad?
38. ¿Usted cree que los bebés obtienen toda la leche que necesitan durante los primeros cinco a diez minutos de ser amamantados?
39. ¿Usted cree que se deben de espaciar las tomas de leche para que puedan llenarse los pechos?
40. ¿Usted cree que nunca se debe despertar al bebé si está durmiendo para amamantarlo?
41. ¿Usted cree que si el bebé no aumenta bien de peso es posible que sea debido a que la leche de la madre es de baja calidad?
42. ¿Usted cree que la lactancia frecuente puede favorecer la aparición de depresión post-parto?
43. ¿Usted cree que es bueno darle té de hierbas (manzanilla, salvia) a los bebés para evitar cólicos estomacales?
44. ¿Usted cree que el amamantar de manera frecuente puede causar obesidad cuando el niño crece?

45. ¿Usted cree que tomar levadura de cerveza aumenta la producción de la leche?

46. ¿Usted cree que una madre debe de tomar leche de vaca para producir leche?

Módulo de inicio de la Lactancia Materna y Hábitos alimentarios.

Circule y conteste las siguientes preguntas

Nombre del menor: _____ **Edad:** _____ meses

- 47 ¿La entrevistada tiene entre 15 y 45 años? **Sí.....1**
No.....2
- 48 El último nacimiento ocurrió en los últimos 2 años? **Sí..... 1**
No..... 2
- 49 ¿Cuál es el sexo de su hijo? **Hombre.....1**
Mujer.....2
- 50 ¿Alguna vez le dio lactancia materna a su hijo (a)? **Sí.....1**
No.....2
- 51 ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le dio a su hijo (a) lactancia materna? **Inmediatamente....000**
ó
Horas después ___ horas
ó
Días después ___ días
- 52 ¿Hasta qué edad dio lactancia materna exclusiva a su hijo/hija (MESES)? (ES DECIR SOLAMENTE LECHE MATERNA SIN FÓRMULA, U OTRO TIPO DE ALIMENTO, NI AGUA) _____ meses
- 53 ¿A qué edad en MESES le dio a su hijo (a) solamente lactancia materna y agua solamente? _____ meses
- 53a ¿A qué edad en MESES le dio a su hijo(a) fórmula? _____ meses
- 53b ¿A qué edad en MESES le dio a su hijo(a) alimentos semisólidos/sólidos? _____ meses

Módulo de alimentación del lactante y del niño menor.

- 54 ¿En qué mes y año nació su hijo(a) Día:..... ____
¿Cuál es su cumpleaños? Mes..... ____
Año..... ____
- 55 **¿Cuál es la edad en meses de hijo(a)?** Edad en meses completos.... ____
- 56 **¿Es el niño menor de 24 meses?** **Sí.....1**
No.....2
No sé.....8
- 57 ¿Su hijo/hija ha recibido lactancia materna alguna vez? **Sí.....1**
No.....2
- 57a En caso de que el niño (a) ya no reciba leche materna, ¿Por cuánto tiempo se le dio (MESES)? _____ meses

58	¿Durante esta semana su hijo(a) fue amamantado durante el día o la noche?	Sí.....1 No.....2 No sé.....8
58a	¿Acaso en el día de ayer durante la mañana o la noche, su hijo(a) consumió leche materna con cuchara, taza o biberón?	Sí.....1 No.....2 No sé.....8
59	¿Durante esta semana le dieron a su hijo(a) gotas de vitaminas u otros medicamentos en gotas?	Sí.....1 No.....2 No sé.....8
60	¿Durante esta semana se le dio [Soluciones Orales de Rehidratación] a su hijo(a)?	Sí.....1 No.....2 No sé.....8
61	¿Alguna vez su hijo(a) ha usado (o usa) chupón?	Sí.....1 No.....2

Lea la lista de líquidos uno a uno y seleccione “sí o no”.

62	¿Su hijo(a) ha consumido cualquier punto de lista?: Lea la lista de líquidos comenzando por 'agua natural', y circule de acuerdo a su experiencia.	SÍ	No	No se
62A	¿Agua natural?	1	2	8
62B	Fórmula infantil como (NAN, good-start, SMA)	1 ¿Cuántas veces al día?	2	8
62C	¿La leche, en polvo o leche animal fresca?	1 ¿Cuántas veces al día?	2	8
62D	¿Jugos?	1	2	8
62E	¿Caldos? (ej. Pollo, frijoles, res, etc.)	1	2	8
62F	¿Yogurt?	1 ¿Cuántas veces al día?	2	8
62G	¿Atole?	1	2	8
62H	¿Algún otro líquido como [otros líquidos a base de agua disponibles en el ámbito local] (Pedialite, sodas /refrescos, Gatorade)?	1 ¿Cuál?	2	8
62I	¿Cualquier otro líquido? (cremas de verduras, etc.)	1 ¿Cuál?	2	8
63	¿Ayer, qué fue lo primero que su hijo(a) comió al despertar en la mañana?			

64	¿Durante esta semana su hijo(a) comió fuera de casa? En caso de que Sí, conteste a su derecha la pregunta 61a.	1.Sí 2.No	61a. ¿Qué fue lo que comió?:		
65	¿Durante esta semana, su hijo(a) bebió o comió cualquiera de los alimentos mencionadas?	1. Sí 2. No			
	¿Su hijo(a) alguna vez ha consumido alguno de los siguientes alimentos?		Sí	No	No Se
A	Atole de avena, pan, arroz, fideos, tortillas de maíz, tortillas de harina de trigo u otros alimentos elaborados con granos		1	2	8
B	Zanahorias		1	2	8
C	Papas		1	2	8
D	Cualquier verdura de color verde oscuro, ej. Acelgas, brócoli, lechuga, espinacas, etc.		1	2	8
E	Mango, papaya, plátano, melón o (insertar otras frutas locales ricas en vitamina A)		1	2	8
F	Cualquier otra fruta o vegetal, ej. Manzana, piña, sandía, guayaba, etc.		1	2	8
G	Vísceras como hígado, riñón, corazón, tripas o machitos.		1	2	8
H	Cualquier carne, como carne de res, cerdo, borrego, cabrito o pollo.		1	2	8
I	Huevo		1	2	8
J	Pescado fresco o seco, mariscos, o cualquier producto del mar		1	2	8
K	Cualquier alimento a base de frijoles, chícharos, lentejas, nueces o semillas		1	2	8
L	Queso, yogur u otros productos lácteos		1	2	8
M	Cualquier aceite, grasas o mantequilla, o alimentos preparados con cualquiera de éstos		1	2	8
N	Cualquier alimento con azúcar, tales como chocolates, dulces, caramelos, pasteles, galletas, pan dulce.		1	2	8
O	Condimentos para el sabor, como chiles, especias, hierbas, cebolla, tomate o consomé de pollo.		1	2	8
66	¿Durante esta semana, su hijo(a) comió alimentos sólidos, semisólidos o blandos? Si la respuesta es 'SI' pase a 63a. EN caso de NO continúe en 64.		Sí.....1 No.....2 No sé.....8		
66a	¿Qué tipo de alimentos sólidos, semisólidos o blandos comió su hijo(a) ?				
67	¿Durante esta semana cuántas veces comió su hijo(a) alimentos sólidos, semisólidos o blandos que no sean líquidos?		Número de veces...._____ No sé.....98		
68	¿Durante esta semana su hijo(a) bebió utilizando un biberón?		Sí.....1 No.....2 No sé.....8		

69. Peso y talla (cm) de su hijo(a) brindado en su última consulta al pediatra.

69A. Peso : _____ kg 69B. Talla: _____ cm

ANEXO C

ENTREVISTA

Preguntas Introdutorias

1. Piense en su embarazo un momento, y dígame, ¿recuerda algún tipo de información que haya Ud. Recibido acerca de la opción de alimentar a su bebe con lactancia materna o con fórmula?
 - a. ¿Cuáles fueron sus primeros pensamientos acerca de la alimentación de su bebé?
 - b. ¿Qué factores influyeron en la decisión de cómo alimentar a su bebé, ¿cómo influyó el factor del costo en su toma de decisión?
 - c. Cree que la lactancia materna le proporcione a usted y a su hijo algunos beneficios, Cuáles?
 - d. De qué forma cree que la lactancia materna le pueda perjudicar a usted o a su hijo.

Experiencia de práctica de lactancia

2. Cuénteme ¿cómo ha sido la alimentación de su hijo-a desde que nació? ¿tuvo algún problema?
3. ¿ Si Ud. Dio lactancia, que es lo que Ud. Recuerda de su experiencia de amamantar? ¿Desde cuándo y hasta cuándo? ¿por qué?
4. Ud. ¿Alguna vez utilizó el tira-leche o saca leche?, cuénteme, ¿cuál fue su experiencia?
5. ¿Cuánto tiempo dio lactancia materna exclusiva y por qué dejó o de ser exclusiva o por qué sigue siendo exclusiva?
6. ¿Qué es lo que piensan quienes la rodean acerca de la lactancia materna?
7. ¿Cómo se siente (io), Ud, al amamantar en público?
8. Ya que hemos hablado un poco acerca de lactancia, ahora hablemos de la leche de fórmula; ¿Cuáles son sus pensamientos acerca alimentar al bebé con leche de fórmula?
9. Se que muchas veces otras personas pueden influir en nuestra toma de decisiones, por lo que me gustaría saber, si ¿Ud, cree que alguien pudiera haber impactado en su decisión de cómo alimentar a su bebé?
10. ¿Cómo cree que su esposo/compañero influyó en su decisión de amamantar o utilizar fórmula?
11. ¿Qué es lo que Ud. desea que su esposo/compañero hubiera hecho para apoyar en la decisión relacionada con la alimentación de su bebé?
12. ¿Cómo cree que su familia o amigos influenciaron en su decisión de amamantar o utilizar fórmula?

Conocimientos sobre alimentación

13. ¿Cuál considera usted qué es el mejor alimento (o “alimento ideal”) para un bebé o niño-a pequeño? ¿por qué?
14. ¿Sabe usted o le han dicho, qué alimentos son dañinos o que no deben darse a los niños-as? ¿por qué? ¿quién le dijo o cómo supo?
15. ¿Cómo aprendió o quién la apoyó para saber alimentar a sus hijos? ¿por qué?
16. ¿Qué le dicen, le aconsejan o qué le han dicho las mujeres (madre, suegra, hermanas, vecinas, etc), su esposo u otros familiares sobre cómo alimentar a sus hijos?
17. ¿Algún médico o profesional de la salud (nutriólogo, enfermera, etc.) le ha dicho cómo alimentar a su hijo-a?
 - a.

Hábitos alimentarios

¿Cómo alimentó a su bebé antes de los 6 meses? Con fórmula, lactancia o ambos.

¿Cómo cambió la forma de alimentación después de los 6 meses?

¿Cómo cree que deba ser la alimentación de los niños menores de 2 años?

¿Cuándo empezó a darle alimentos a su bebé que no fuera leche o leche materna? ¿por qué? ¿Cuáles alimentos?

Por favor describa todo lo que (nombre) come durante un día normal en el día y la noche, y si fue en la casa o fuera de ella.

- a) Piense en un día normal, cuando (NOMBRE) despertó ¿Acaso (NOMBRE) comió algo en ese momento? En caso afirmativo: Por favor, dígame todo lo que come (NOMBRE) en ese momento. Investigue: ¿Algo más?
- b) ¿Qué hizo (NOMBRE) después de eso? ¿Acaso (NOMBRE) no come en ese momento?

Si: Por favor dígame todo lo que (nombre) coma en ese tiempo. Investigue: ¿Algo más?

Repita la pregunta b) hasta que el entrevistado responde que el niño se fue a dormir hasta el día siguiente.

18. ¿Cómo es la alimentación de su hijo-a durante los fines de semana? ¿es diferente respecto a entre lunes y viernes? ¿Por qué?

Representaciones sociales de la alimentación infantil y de la salud en las madres de infantes de 0 a 24 meses:

19. ¿Podría describir en pocas palabras lo que significa para usted “dar pecho a su hijo o hija”? ¿por qué?

20. Si se le pidiera escoger una imagen o una foto para representar darle pecho al hijo o hija, ¿cuál escogería usted? Y ¿por qué?

21. ¿Cuáles son los mitos que ha escuchado sobre la lactancia materna?

Muchas gracias por su tiempo y por haber aceptado participar en esta investigación, su participación es muy valiosa y de mucha ayuda para poder realizar esta investigación, cualquier cosa me encuentre a sus órdenes en la FASPyN.

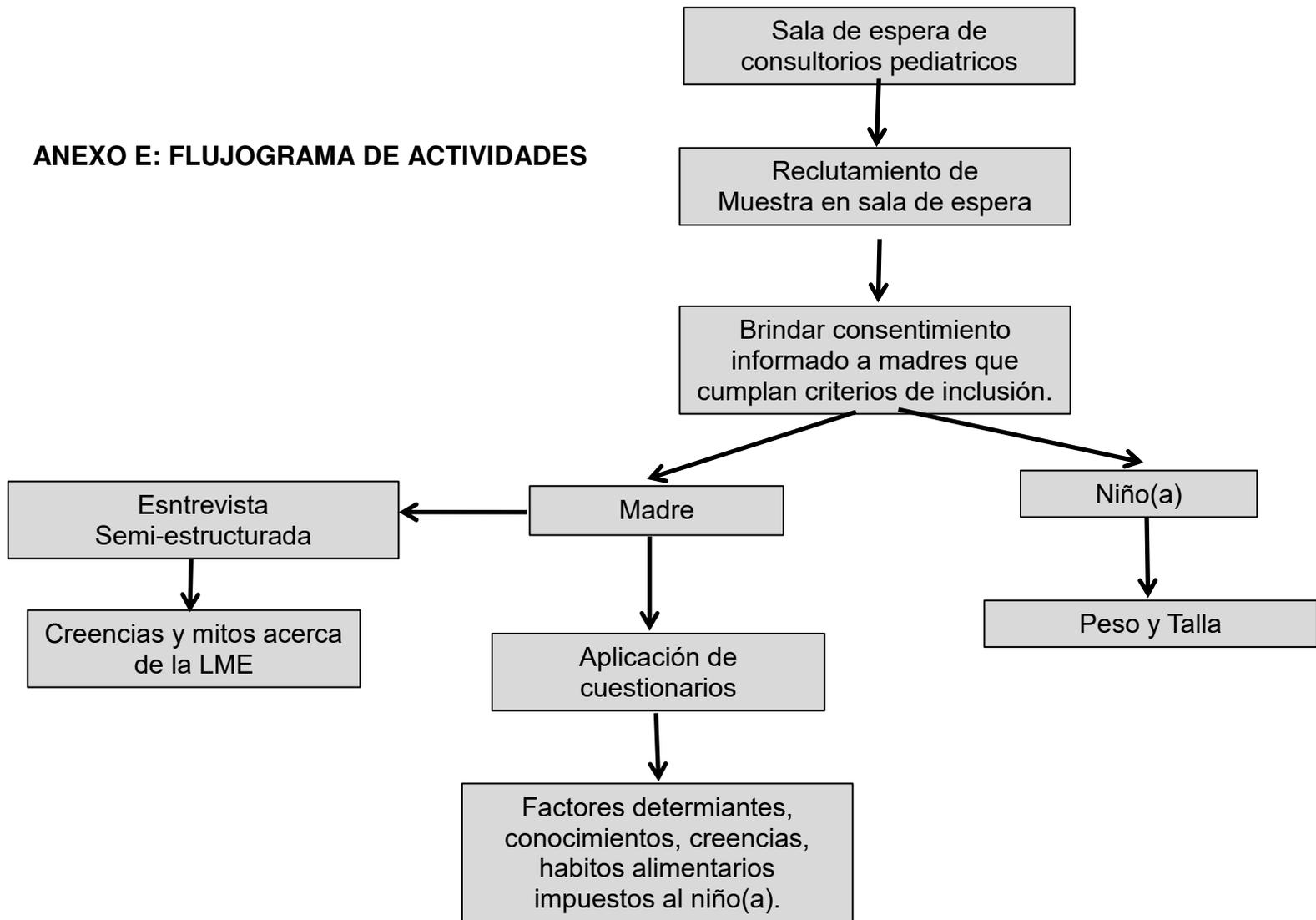
ANEXO D: SEUDÓNIMOS DE ENTREVISTA

Para mantener el anonimato de las entrevistas se diseñó un seudónimo para las citas textuales utilizadas, el cual está compuesto número de entrevista, por edad de la madre, sexo del menor y edad del menor (MESES).

Ejemplo: 1E32M24M

Numero entrevista	Edad madre	Sexo del menor Hombre (H), Mujer (M)	Edad del menor (Meses)
1E	32	M	24M
2E	32	H	13M
3E	24	H	12M
4E	33	M	15M
5E	20	M	6M
6E	34	H	15M
7E	34	H	15M
8E	37	M	23M
9E	30	M	18M
10E	21	M	18M
11E	40	H	8M
12E	30	H	15M
13E	32	M	13M
14	31	H	18M
15E	28	H	16M
16E	29	H	13M

ANEXO E: FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES



RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Elizabeth Andrea Martínez González

Candidata para el Grado de
Maestría en Ciencias en Salud Pública

Tesis: FACTORES ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y A LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE MADRES QUE HABITAN EN COMUNIDADES DE BAJA MARGINACIÓN EN NUEVO LEÓN.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León, el 16 de agosto de 1988, hija de Celina González y Víctor Aceves.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Licenciada en Biotecnología Genómica en el año 2013.

Experiencia Profesional: Voluntaria en el Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud de la UANL durante el periodo 2011-2012. Voluntaria en el Instituto de Biotecnología en el año 2013. Maestra de Biología y Física en el Colegio Mexicano AC en el periodo 2014-2015. Maestra de inglés en British Centre en el periodo 2013- 2015.