

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



TESIS

**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESTETE TEMPRANO EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 64**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 TEQUESQUINAHUAC**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M. C. MICHELLE JUÁREZ FIGUEROA

DIRECTOR DE TESIS

E. EN M. F. FÁTIMA KORINA GAYTÁN NÚÑEZ

REVISORES DE TESIS

E. EN M. F. RUBÉN RÍOS MORALES

M. EN I. C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS

E. EN M. F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO, 2014

**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESTETE TEMPRANO EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 64**

**A La Memoria de Mi suegro Homero Wong Torres
A mi hijo Enrique Wong Juárez
A mis Padres Lulú Y Ángel Juárez
A mis abuelos Margarita y Armando Figueroa
A mi suegra Silvia Oaxaca Roldán**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitir terminar este proceso de formación y superación en mi vida agradezco señor haberme dado entereza de terminar este periodo siendo importante tu palabra bendita y bendecirme. YO SOY EL PAN DE VIDA, EL QUE A MI VIENE, NUNCA TENDRA HAMBRE, EL QUE EN MI CREE NO TENDRA SED JAMAS.

A mis padres por su inalcanzable apoyo y bendiciones que me llenaron y me dieron día a día el ansia de superación y logro para bien personal y mental, jamás será recompensado el apoyo inagotable que han dado para formar el ser humano que soy.

A mis abuelos Margarita y Armando quienes han sido ejemplo en toda mi vida para seguir adelante día a día gracias por su cariño y amor incondicional.

A mi hijo Enrique Wong Juárez Gracias, hijo mío... por haber llegado a mi vida y llenar día a día toda mi vida eres el regalo mas maravilloso que dios me ha dado, eres mi luz, mi despertar día a día mi razón de ser y vivir te amo.

A mi sobrina Vanessa Moreno Juárez esa sonrisa día a día cada vez que te veo hace que mi vida tenga un fundamento importante y especial en mi vida , llegaste a nuestras vidas en el mejor momento te amo e incansablemente estaré contigo en todo y por todo.

A mis hermanos Paola Juárez y Ramiro Moreno que indudablemente siempre han estado en las buenas y las malas conmigo, por el esfuerzo inagotable en brindarme su apoyo incondicional para terminar este paso en mi vida los amo.

A mi suegra Silvia Oaxaca Roldan por el su infinito apoyo, es una persona incondicional y única que me brindo un apoyo inagotable para poder realizar este anhelado sueño.

A mi suegro Homero Wong Torres que goza de la paz de Dios, por el apoyo y el cariño incondicional que me brindo dios lo tenga en su gloria que así es, porque es una de las personas únicas que he conocido en toda la tierra.

A mi esposo Enrique Wong Oaxaca por su apoyo durante esta etapa de formación en mi carrera.

INDICE

MARCO TEÓRICO	7
I. 1.1 FAMILIA.....	8
I. 1.2 LACTANCIA MATERNA.....	8
I. 1.3 PROPIEDADES DE LA LACTANCIA MATERNA	12
I. 1.4 FACTORES PRIMORDIALES PARA ALTERAR LACTANCIA MATERNA	14
I. 1.4.1 FACTORES INDIVIDUALES.....	15
I. 1.4.2 FACTORES DE RELACIONES FAMILIARES.....	16
I. 1.5 MEDICINA SOCIAL Y LACTANCIA MATERNA.....	17
I. 1.6 TIPOLOGÍA FAMILIAR	19
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
II. 1. Argumentación.....	22
II.2 Pregunta de investigación.....	22
III. JUSTIFICACIONES.....	23
III. 1. Académica.....	23
III. 2. Científica.....	23
III. 3. Social	23
III. 4. Económica.....	23
IV. HIPÓTESIS	24
IV. 1.1 Unidades de Observación.....	24
IV. 1.2 Variables	24
IV. 1.2.1 Dependiente.....	24
IV. 1.2.2 Independientes	24
IV. 1.3 Elementos lógicos de relación	24
V. OBJETIVOS	25
V. 1. General.....	25
V. 2. Específicos.....	25
VI.MÉTODO	27
VI. 1. Tipo del estudio.....	27
VI. 2 Diseño del estudio	27
VI. 3 Operacionalización de variables.....	28
VI.4 Universo de Trabajo y muestra.....	33
VI. 4.1 Criterios de Inclusión.....	33
VI 4.2 Criterios de exclusión.....	33
VI 4.3 Criterios de eliminación.....	33
VI.5. Instrumento de Investigación	34
VI.5.1 Descripción.....	34
VI 5.2 Validación	38
VI 5.3 Aplicación.....	39
VI.6 Desarrollo del Proyecto.....	42
VI.7 Limite de espacio	42
VI.8 Límite de tiempo.....	42
VI.9 Diseño de análisis.....	42
VII IMPLICACIONES ÉTICAS.....	43
VIII ORGANIZACIÓN	46
IX. RESULTADOS	47
X. DISCUSIÓN	53
X. CUADROS Y GRÁFICOS	59
XI. CONCLUSIONES	83
XII. RECOMENDACIONES	85
XIII. BIBLIOGRAFIA	86

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESTETE TEMPRANO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64

INTRODUCCION: Se realizó estudio no experimental, observacional, prospectivo, transversal comparativo, **OBJETIVO:** identificar los factores individuales y de relaciones familiares en mujeres con hijos e 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la Unidad de Medicina Familiar 64, registrado por el comité local de investigación se identificó a mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad **METODOS:** se aplicó encuesta dirigida, obteniéndose información en relación a factores individuales, factores de relaciones familiares y conocimientos e lactancia materna, previa autorización por el consentimiento informado con un muestreo no probabilístico por conveniencia con un total de 230 encuestas. **RESULTADOS:** Por lo que se encontró factores como la edad menor de 20 años con una RP de 1.42 y P de .096, el estado civil soltera con un RP de 1.05 y P de .820, el no haber recibido consejos en relación a lactancia materna con un RP de 1.10 y P de .178, el conocimiento inadecuado de lactancia materna con un RP de 1.18 y P de .233, los límites familiares difusos con un RP de 1.14 y P de .352, el tiempo que paso para da lactancia materna de 30 a 60 minutos de nacido con un RP de 1.05 y P de .763, siendo dichos factores de riesgo condicionantes de destete temprano. En este estudio se encontró que dentro de las variables factores de protección se generaron diversas variables, encontrándose según la literatura expresa que existe correlación con dicha en algunas variables, siendo fuente de probables factores de protección en relación al desarrollo de destete temprano, así mismo para los factores de riesgo, denota la relación existente para generar destete temprano. **CONCLUSIONES:** Finalmente dentro del presente estudio se puede denotar características que condicionan el destete temprano, se denoto que la población estudiada es perteneciente a una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro social siendo familias y personas derechohabientes de esta institución de seguridad social, que afilia a la mayoría de los trabajadores de diversos sectores activos de la población, por lo que varían los resultados, no concordando con mi hipótesis planteada, ya que existen diferentes condiciones que alteran los factores de la población escogida para el presente trabajo.

SUMMARY

FACTORS IN A RELATIONS FOR THE EARLY WEANING OF THE FAMILIAR MEDICINE UNIT 64

INTRODUCTION: Study comparative, objective was made nonexperimental, observacional, prospectivo, cross-sectional: to identify the individual factors and of familiar relations in women with children and 0 to 4 years of age with weaning and without early weaning of the Familiar Medicine Unit 64, registered by the local committee of investigation was identified to women with children of 0 to 4 years of age **METHODS:** was applied survey directed, obtaining data in relation to individual factors, factors of familiar relations and knowledge and maternal lactancia, previous authorization by the consent informed with a nonprobabilistico sampling by convenience with a total of 230 surveys. **RESULTS:** Reason why one was factors like the smaller age of 20 years with a RP of 1,42 and P of,096, with a 1,05 P and the unmarried civil state RP of,820, not to have received advice in relation to maternal lactancia with a RP of 1,10 and P of,178, of maternal lactancia with a 1,18 P and the inadequate knowledge RP of,233, you limit diffuse relatives with a RP of 1,14 and P of,352, the time that passage for gives maternal lactancia of 30 to 60 minutes of been born with a RP of 1,05 and P of,763, being these factors of risk weaning conditioners early. In this study one was that within the variable factors of protection diverse variables were generated, being according to Literature it express that correlation exists with this in some variables, being source of probable factors of protection in relation to the development of early weaning, also for the risk factors, denotes the existing relation to generate weaning early. **CONCLUSIONS:** Finally within the present study it is possible to be denoted characteristics that condition the early weaning, I denote myself that the studied population is pertaining to a Familiar Medicine Unit of the Mexican Institute of the social Insurance being families and people rightful claimants of this institution of social security, that affiliates with most of the workers of diverse active sectors of the population, reason why vary the results, not agreeing with my raised hypothesis, since different conditions exist that alter the factors of the population selected for the present work.

MARCO TEÓRICO

I. 1.1 FAMILIA

La familia es una organización única que constituye la unidad básica de la sociedad. Minuchin y Fishman (1992) definen a la familia como un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, estas pautas constituyen lo que en terapia familiar así como en otras ciencias sociales se conoce con el nombre de estructura familiar. (1,2)

La familia por tanto, necesita de una organización para desempeñar sus tareas esenciales, apoyar la individualización de cada miembro y al mismo tiempo proporcionar a todos un sentimiento de pertenencia al grupo o institución que es la familia, es imperativo que la familia desarrolle la capacidad de adaptarse al constante cambio requerido, a fin de que perdure el buen funcionamiento de la misma a medida que los hijos crecen e inician su propia independencia. Por tanto la familia es la unidad del crecimiento, la experiencia y la realización, ya que sirve a la continuidad biológica al proporcionar un patrón grupal socialmente sustentado para que el varón y la mujer se unan y puedan cuidar a sus hijos, más allá del fin primario de proteger la integridad biológica de los individuos que la constituyen, la responsabilidad principal de la familia es la socialización de sus miembros, además de lazos de afecto e identidad se satisfacen las necesidades reciprocas, se entrena a sus componentes en tareas de participación social y se impulsa el desarrollo y la realización creativa de cada uno. De este modo, el crecimiento y la adaptación efectiva de la unidad familiar se reflejan en su capacidad de integrar, armonizar y equilibrar diversas funciones (Ackermann 1969) (1,2)

A medida que el tiempo transcurre, la familia pasa de manera progresiva por as diversas etapas del ciclo de vida (noviazgo, primeros años de matrimonio, paternidad, madurez y ancianidad) ante lo cual surge la necesidad de modificar del mismo modo la configuración de las relaciones familiares. La eficacia de los recursos de la familia para enfrentar los problemas y conflictos siempre cambiantes es lo que mantiene el equilibrio relativo entre la tendencia de esta a aferrarse a todo aquello que ya le es conocido y la apertura que manifieste para asimilar un acumulo de experiencias nuevas.

I. 1.2 LACTANCIA MATERNA

La leche materna, la que le ofrece la naturaleza de su madre, actividad fisiológica instintiva, herencia biológica natural de los mamíferos del género humano. Que desde los conocimientos de la vida se ha utilizado como primer alimento en la etapa inicial de la vida del niño, es un medio previsto a las nuevas adaptaciones nutritivas impuestas por la vida extrauterina inmediatamente después del nacimiento. (5,6,7,8)

Es el alimento óptimo para el crecimiento y desarrollo del recién nacido por sus propiedades nutricionales, antiinfecciosas y biológicas: Se considera que esta leche es la fuente más nutritiva y mejor para el niño en los primeros 6 meses de vida, ya que posteriormente a esto se debe efectuar el destete para que la alimentación del mismo sea cambiada por papillas y diversidad de alimentos orales. (5,6,7,8)

A nivel mundial la mayoría de los países desarrollados favorece en forma abierta la lactancia materna, cabe mencionar que en Estados Unidos se refiere a un destete temprano el 55% después de las 12 semanas del posparto, comparativamente con los países de Centroamérica como México se ha elevado la prevalencia de la lactancia materna durante los últimos 10 años, teniendo valores más bajos entre los países subdesarrollados, existiendo un 73% de abandono en niños mayores de 4 meses de edad para destete.(5,6,7,8)

En nuestro país en los últimos 30 años ha sufrido un deterioro importante caracterizado por una disminución progresiva de lactancia menor al 50%, a partir de uso de los sucedáneos de la leche materna y el trabajo de la gran cantidad de mujeres en progreso económico para efectuar el destete a las 13 semanas de vida.

Considerando que la prevalencia del amamantamiento es menor en zonas con mayor desarrollo socioeconómico de los diferentes países y continentes, es imprescindible conocer las razones por las cuales las madres abandonan el amamantamiento antes de la edad recomendada y si los niños se encuentran en mayor riesgo de experimentar una lactancia más corta, ya que nivel psicológico el amamantamiento forma parte del vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo por lo que cuando ocurre la separación física y corporal podría iniciar un daño psicossomático en el binomio.

Esta práctica de salud se ha llevado a cabo desde el comienzo de la humanidad y en cada época y cultura ha estado determinada. Avanzado el siglo comienza a reconocerse la relación entre el destete temprano, las enfermedades y muertes de lactantes, por lo tanto las tasas de mortalidad infantil eran paralelas a la incidencia de alimentación al biberón, como los alimentos artificiales contenían leche caliente y almidón no contenían vitamina C sustancia propia de la leche materna el escorbuto existía como epidemia entre los lactantes así como el raquitismo, esta última cuestión ocurría también entre los bebés amamantados debido a la falta de exposición solar que ayudara a la elaboración de vitaminas. (5,6,7,8)

Las virtudes de la leche materna consisten principalmente en el poder inmunológico que se trasmite de madre a hijo por ese medio por su parte los llamados sucedáneos de la leche materna no solo resultan ineficaces para proteger al bebé frente a determinadas enfermedades sino que en muchos casos pueden provocar otras enfermedades inesperadas incluso al muerte (alérgenos).

Para la salud materna la lactancia natural es un aporte fisiológico, porque culmina el ciclo reproductivo de la mujer, disminuye la pérdida sanguínea posparto y retarda el regreso de la fertilidad (o que permite un intervalo adecuado para la recuperación de la madre y para

que cada bebe reciba los cuidados maternos necesarios). Esto también reduce la incidencia de cáncer de ovario y útero. (8)

Para todos son conocidas las ventajas de la leche materna para la alimentación del lactante., sin embargo para muchos profesionales estas se circunscriben a su mayor digestibilidad, su esterilidad, y el resultante de ser más económica. (9,10)

La leche de la madre es la mayor protección para el niño contra las diarreas, las infecciones respiratorias, el estreñimiento, los cólicos, las alergias, las enfermedades de piel el sarampión y el cólera, ya que contienen (cantidad necesaria de vitaminas como fósforo, hierro, proteínas, grasas y azúcares), en contraste es notable la disminución creciente de su práctica en países de desarrollo , tanto en áreas urbanas como en las rurales, los factores que se han saciado con su abandono son diversos y difieren de acuerdo con el sitio de residencia, las características, socioeconómicas y culturales.

En América Latina es notorio que un mejor nivel socioeconómico, una mayor escolaridad materna y el trabajo fuera del hogar se asocian con porcentajes mayores del destete temprano de esta práctica.

Dentro del proceso de la lactancia materna la familia ocupa un lugar predominante en el cual se reconoce su apoyo para la mujer, proporcionado a través de creencias, hábitos, actitudes y conductas, la familia es el principal foco de intervención ya que se convierte en un recurso imprescindible para a atención primaria, así lo han demostrado diferentes planes, proyectos y políticas a escala sectorial, nacional y mundial. La lactancia materna exclusiva a través del mundo, sin embargo no se han presentado los resultados deseados., las bajas tasas de incidencia y de duración de la lactancia materna en las últimas tres décadas son reconocidas como un problema de salud pública.

Por lo anterior, se considera que la familia puede ejercer función protectora o ser un factor de riesgo para que inicie o se abandone el destete temprano de la Lactancia Materna. (10,11,12)

La línea de trabajo en riesgo familiar total ha sido abordada en algunos países latinoamericanos (Perú, Venezuela, Argentina, Brasil etc.) como una herramienta practica para la enseñanza de salud a nivel enfermería y otras disciplinas derivadas de la misma, ya que son pocos los instrumentos que se contaban para la valoración familiar que mostraran evidencia científica para el diseño de programas en relación al destete temprano y salud familiar.

La Lactancia Materna no debe ser abandonada desde discursos moralizantes que apunten a un trabajo de mera educación de las madres sino que debería de ser parte de una política de salud reproductiva que poca al alcance de todas las mujeres los métodos de anticoncepción y atención adecuados durante el proceso embarazo- parto- puerperio. (10,11,12)

Esto implica pensar que el amamantamiento contiene como condición de ser el deseo de la madre hacia el hijo, experiencias satisfactorias y gratas en relación con el proceso de gestación y parto, condiciones adecuadas de vida y alimentación de todo el grupo familiar.

Desde este posicionamiento se complejiza una visión individualista y reduccionista que deposita la carga de responsabilidad sobre la falta de educación de las madres, tal como lo expresan algunos artículos, la causa principal del abandono de la lactancia materna es la desinformación existente y falta de confianza de las madres en sí mismas sobre su capacidad de alimentar adecuadamente a su hijo.

La responsabilidad queda delegada en la figura materna, fortaleciendo una representación de a mujeres como cuidadora exclusiva de los hijos que en el mejor de los casos es incorporada al mercado de trabajo cargando entonces con ambas responsabilidades para que en un momento dado aunque contengan la información necesaria efectúen el destete temprano por su supervivencia socioeconómica.(10,11,12)

La sociedad actual está marcada por un deslizamiento de la infancia hacia dos extremos: “por el infanticidio de la pobreza., y por otro lado, de modo mucho más sutil en los sectores de medianos y altos recursos socioeconómicos por la dificultad que se observa, por parte de los adultos de sostener durante el tiempo necesario, las demandas de dependencia afectiva de los niños”. Abordar el tratamiento de la infancia y su relación con el mundo adulto requiriere la comprensión de los determinantes sociales, políticos y económicos que actúan como condicionantes de prácticas y representaciones. (10,11,12)

La práctica de la lactancia materna constituye un punto de abordaje que articula múltiples dimensiones, ya que se juegan cuestiones de índole biológico y psicológico, relaciones de género, políticas de salud reproductiva, de alimentación, empleo y legislación laboral para que el destete no se lleve a temprana edad, la consideración de estos aspectos es parte de un posicionamiento ético-político que intenta apuntar hacia una intervención basada en derechos sociales más que en obligaciones particulares y orientada por criterios de salud pública y medicina social.

La poca preparación y la inmadurez propia de la etapa de la adolescencia, la cual la literatura pediátrica determina que esta termina aproximadamente a los 20 años, muchas veces condiciona el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva por estas madres, y a medida que avanza la edad la mujer toma conciencia de la importancia de rol de madre y aumenta la posibilidad de incrementar la lactancia materna. La incorporación al trabajo es la primera causa para el destete. Las madres primigestas abandonaron la lactancia en el primer mes con mayor frecuencia que las multigestas, cabe mencionar que el número de madres multigestas detecta temor o inseguridad en la aceptación de la lactancia materna, el escaso conocimiento en relación al tema así como sus ventajas como el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños, así como desconocimiento de técnicas de amamantamiento puede dar pauta al abandono precoz de dicha.(13,14,15)

Entre 1999 Y 2002 se estudiaron en el Hospital de Especialidades 1 del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora, previa aprobación por el comité local de investigación, a 400 pacientes de edad preescolar, escolar y adolescentes con la finalidad de conocer el patrón de alimentación que sostuvieron durante la lactancia; de ellos, 200 se incluyeron por cursar con apendicitis aguda confirmada durante el procedimiento quirúrgico consecuente, y los restantes, hospitalizados por traumatismo musculoesquelético agudo leve a moderado, sin otra enfermedad concomitante y sin antecedente de apendicitis, para fungir como controles pareados por edad y sexo, los niños que desde pequeños son alimentados con

fórmulas industrializadas o que son ablactados tempranamente pueden desarrollar grandes nódulos linfáticos en el ciego y en la base del apéndice; con ello la luz apendicular se reduce y esto los predispone a la obstrucción e inflamación. (16,17,18)

El efecto protector de la leche humana sobre el desarrollo de una hipertrofia linfoidea potencialmente perjudicial puede deberse no sólo al contenido intrínseco de la leche humana, sino también a la exclusividad alimentaria que ella propicia y que mantiene al tejido linfoide intestinal a resguardo de la mayoría de los antígenos. (16,17,18)

I. 1.3 PROPIEDADES DE LA LACTANCIA MATERNA

Las virtudes de la leche materna consisten principalmente en el poder inmunológico que se transmite de madre a hijo por ese medio. Por su parte los llamados sucedáneos de la leche materna no sólo resultan ineficaces para proteger al bebé frente a determinadas enfermedades sino que en muchos casos pueden provocar otras enfermedades inesperadas o incluso la muerte. (19,20,21,22)

La leche materna contiene todos los nutrientes vitales para la alimentación, así como los factores de crecimiento que contribuyen al desarrollo de los tejidos y de los anticuerpos necesarios para detener las infecciones. Siempre está a la temperatura adecuada y la cantidad es regulada por la respuesta hormonal de la madre a las necesidades del lactante. La lactancia natural estimula los lazos entre la madre y el lactante y a su vez previene la concepción.

Los niños que no son amamantados obtienen resultados más bajos en las pruebas de desarrollo mental y su visión es menos aguda. La lactancia materna promueve un mejor desarrollo integral de los bebés; disminuye el riesgo y la gravedad de enfermedades infecciosas, como diarrea y constipación, neumonía, bronquiolitis, otitis y alergias; también disminuye el riesgo de muerte súbita en los niños amamantados actuando como factor protector y de contención afectiva dado que fortalece el vínculo madre-hijo, favoreciendo una estrecha interacción entre ambos. (23)

Para la salud materna, la lactancia natural es un aporte fisiológico, porque culmina el ciclo reproductivo de la mujer, disminuye la pérdida sanguínea posparto y retarda el regreso de la fertilidad (lo que permite un intervalo adecuado para la recuperación de la madre y para que cada bebé reciba los cuidados maternos necesarios). También reduce la incidencia de cáncer de ovario y útero. (23)

No son pocos los que plantean que el avance de la técnica y la alimentación han librado a la mujer de la ardua tarea de lactar a sus hijos, al crear fórmulas de leche capaces de cubrir las capacidades de nutrientes en los niños pequeños. Sin embargo, los que lo afirman pretenden olvidar que lactar a un niño es de las relaciones más gratificantes que puede experimentar una mujer y que la leche humana y el proceso de alimentación natural son claramente superiores a las demás formas de alimentación, cualesquiera que sean las condiciones socioeconómicas, culturales o higienicodietéticas de los lactantes.

Para todos son conocidas las ventajas de la leche materna para la alimentación del lactante; sin embargo, para muchos profesionales éstas se circunscriben a su mayor

digestibilidad, su esterilidad, y que resulta más económica, cuando lo cierto es que no menos importante es la posibilidad de ayudar a desarrollar el cuerpo y la inteligencia de los niños; contiene aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro; los protege contra las infecciones y enfermedades y contiene las cantidades necesarias de vitaminas (fósforo, hierro, proteínas, grasas y azúcares). La leche de la madre es la mayor protección para el niño contra las diarreas y la deshidratación, las infecciones respiratorias, el estreñimiento, los cólicos y las alergias, las enfermedades de la piel, el sarampión, el cólera y otras. (24,25)

En contraste con las ventajas de la lactancia materna (LM) es notable la disminución creciente de su práctica en países en desarrollo, tanto en áreas urbanas como en las rurales. Los factores que se han asociado con su abandono son diversos y difieren de acuerdo con el sitio de residencia, las características socioeconómicas y culturales. En América Latina es notorio que un mejor nivel socioeconómico, una mayor escolaridad materna y el trabajo fuera del hogar se asocian con porcentajes mayores de abandono temprano de esta práctica. En nuestro país en los últimos 30 años se ha sufrido un deterioro importante, caracterizado por una disminución progresiva de la LM exclusiva, la reducción a menos de 50% de la lactancia parcial a los tres meses de edad, y una introducción cada día más temprana de los sucedáneos de la leche materna. En la región norte de México estas características se dan con mayor frecuencia que en el sur y centro del país. (26,27)

Los escenarios descritos han conducido a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) a promover compromisos internacionales y al establecimiento de actividades como el alojamiento conjunto de la madre y el neonato y, en 1989, de programas hospitalarios durante la atención del parto, como el del Hospital Amigo del Niño y de la Madre (PHANM), en el cual se alientan el inicio temprano y exclusivo de la LM, se asiste a la madre en el procedimiento del amamantamiento y se proscriben la utilización de biberones y sucedáneos de la leche materna. (26,27,28)

Las familias actúan en lo cotidiano en la conservación, mantenimiento y desarrollo de todos los miembros, dentro de la misma familia; existen factores de riesgo y potencialidades que determinan la interacción con el entorno y como tal influyen positiva o negativamente en la salud individual y del grupo familiar; las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La familia de la mujer lactante exige una de las mayores atenciones por su impacto en Salud Pública y los riesgos a los cuales se enfrenta dentro del hogar y que pueden llevar al fracaso o, por el contrario, ser el factor protector para llevar a cabo un proceso exitoso en la lactancia. (31)

Dentro del proceso de la lactancia materna, la familia ocupa un lugar predominante en el cual se reconoce su apoyo para la mujer, proporcionado a través de creencias, hábitos, actitudes y conductas, la familia es el principal foco de intervención ya que se convierte en un recurso imprescindible para la atención primaria, así lo han demostrado diferentes planes, proyectos y políticas a escala sectorial, nacional y mundial. La *lactancia materna exclusiva* ha sido objeto de múltiples estrategias, de nutrición y programas de salud

pública a través del mundo, sin embargo no se han presentado los resultados deseados; las bajas tasas de incidencia y de duración de la lactancia materna en las últimas tres décadas son reconocidas como un problema de salud pública . De acuerdo con los resultados de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, ENDS 2005 y ENDS 2010, se encuentra que el lapso mediano de lactancia materna en Colombia fue de 14,9 meses, y la zona del país con menor duración fue la Región Central con 12,8 meses; y en ella, ese mismo lugar fue ocupado por los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda con 10,5 meses. Por lo anterior, se considera que la familia puede ejercer función protectora o ser un factor de riesgo para que inicie o abandone la lactancia materna. (31,32)

El Riesgo Familiar Total se define como la probabilidad de que se presenten consecuencias adversas individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración (Amaya de Peña P y Herrera AN, en prensa). Estas características incluyen aspectos de tipo biológico-demográficos (composición, morbilidad, mortalidad), físicos, ambientales, socioeconómicos, psicoafectivos, prácticas de salud y servicios de salud. Amaya de Peña cita a Clemen-Stone, Eigsti y McGuire (1991), quienes refieren desde ese punto de vista, “una familia con menor riesgo será aquella que mediante sus prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud mantenga controlados los riesgos individuales y familiares, utilizando medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad”.

La línea de trabajo en Riesgo Familiar Total ha sido abordada en algunos países latinoamericanos (Perú, Venezuela, Argentina, etc.) como una herramienta práctica para la enfermería y otras disciplinas de la salud, ya que son pocos los instrumentos de valoración familiar que muestran evidencia científica para el diseño de programas de salud familiar. (33,34,35)

I. 1.4 FACTORES PRIMORDIALES PARA ALTERAR LACTANCIA MATERNA

La poca preparación y la inmadurez propia de la etapa de la adolescencia, la cual la literatura pediátrica determina que esta etapa termina aproximadamente a los 20 años, muchas veces determina el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva por estas madres a medida que avanza la edad la mujer toma conciencia de la importancia de rol de madre y aumentan la posibilidad de prolongar la lactancia materna, siendo un factor que se asocia con frecuencia al abandono de la lactancia materna, considerándose un factor de causa materna individual antes de los 4 meses predominando la edad menor de 20 años, refiriendo la mayoría de los estudios que una edad joven principalmente de 15 a 17 años influye de forma inversa para continuidad de la lactancia materna, así mismo las madres con una unión estable se considera sean casadas o acompañadas, el porcentaje de abandono de lactancia materna es menor que las madres solteras las cuales se considera por la condición de inestabilidad emocional y falta de apoyo instrumental necesarios durante este periodo. (33,34,35)

Estudios nacionales como internacionales refieren mayor probabilidad de abandono de lactancia materna o de no iniciar la misma en madres con nivel de escolaridad superior a primaria, teniendo un incremento importante aquellas con nivel académico alto (universitario) representando 1.8 más veces que las de menor escolaridad o sin estudios.

En México se considera nivel medio superior a las que finalizaron la preparatoria o su equivalente como carreras técnicas. (36,37,38,39)

La incorporación al trabajo es la primera causa para el destete, existiendo una amplia evidencia en la literatura de que las madres que amamantan y tienen un empleo o aquellas que planean regresar al trabajo después de parto amamantan menos frecuentemente a su hijo y tienen un riesgo de abandonar a lactancia 1.99 veces mayor que las que no tienen empleo, las madres primigestas abandonaron la lactancia exclusiva en el primer mes con mayor frecuencia que las multigestas, se considera que el 0% de las madres sin experiencia cumplen la meta de la lactancia materna, cabe mencionar que el número de madres primigestas se detecta temor o inseguridad en la aceptación de la lactancia materna. (40,41,42)

El escaso conocimiento de lactancia materna así como sus ventajas como el adecuado patrón de crecimiento y desarrollo de los niños así como desconocimiento de técnicas de amamantamiento puede dar pauta a la duración de la lactancia materna ya que se considera que las madres con limitación acerca del conocimiento de lactancia la abandonan después de los 3 meses de edad, enfatizándose en ventajas y beneficios que aporta la lactancia materna mejorando la calidad del asesoramiento que se brinda a las madres con respecto a las técnicas de amamantamiento y manteniendo un vínculo estrecho con ellas con el equipo de salud de su área de atención y con las redes de apoyo para la lactancia materna aumenta la probabilidad del éxito de la misma. La Norma Oficial Mexicana considera como estándar de una atención prenatal adecuada, su inicio lo más temprano posible durante el primer trimestre de la gestación y un mínimo de 6 consultas durante el embarazo las cuales.

I.1.4.1 FACTORES INDIVIDUALES (40,41,42)

Edad: La edad es un factor importante y trascendental para influir en el favorecimiento del destete temprano, ya que a menor edad, menor compromiso para el cuidado de un menor de edad, siendo diferentes el ámbito de las actitudes y aptitudes que llegamos a presentar.

Ocupación: Tiene gran influencia en la lactancia materna, ya que depende del tipo de ocupación, para propiciar el abandono de la lactancia materna.

Estado civil: El no apoyo en la lactancia materna por parte de la pareja repercute de manera importante para el abandono de la lactancia materna, ya que se sabe que existe una vinculación importante el ser una mujer soltera quien no contase con su pareja.

Número de partos: Trascendentalmente el número de partos depende del abandono de la lactancia materna exclusiva ya que a mayor número de partos, aunado al tipo de ocupación que lleva la madre propicia más efectivamente el abandono de la lactancia materna.

Método de planificación familiar: El uso de método de planificación familiar posterior al embarazo diferente al DIU hace que se propicie el abandono de la lactancia materna por el tipo de hormonal usado, ya que contraindica a la lactancia materna por el manejo de este

tipo de medicamentos tras afectación al producto.

Control prenatal: La existencia del control prenatal durante el periodo de embarazo hace que tras las recomendaciones por el personal de salud sean más aceptables o de recomendación para implementar la lactancia materna durante el primer periodo después del nacimiento del bebé.

Decisión personal de dar lactancia materna: Tras la decisión personal que se toma para lactar a un hijo se tiene plena facultad y conciencia para así poder dar lactancia materna por un tiempo determinado.

Embarazo deseado: Al momento del deseo del bebé tras planearlo se toma conciencia el cuidado y las recomendaciones que se deben establecer en un hijo por lo cual se hace o se crea conciencia del estado para dar lactancia materna para crear un vínculo madre-hijo mejor.

Antecedente de dar lactancia materna previa: Cuando se tiene la responsabilidad previa de un hijo se conoce de los cuidados que se determinan con la lactancia materna, se pone de pauta o experiencia para nuevamente implementar la lactancia materna exclusiva.

Consejos para dar lactancia materna: Al dar o facilitar consejos con los beneficios de la lactancia materna y como dar la lactancia materna se podría tener como primer ámbito darla.

Conocimientos sobre la lactancia materna: Tener conocimientos previos en relación a lactancia materna exclusiva se toma una decisión importante en relación al dar lactancia materna a un hijo.

I. 1.4.2 FACTORES DE RELACIONES FAMILIARES

Tipología: La familia unidad básica de la sociedad, donde el conjunto de 2 o más adultos con o sin hijos tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente, decidiendo compartir recursos como espacio y dinero, por lo que es importante saber la caracterización de la tipología familiar tras valoración de implementación en lactancia materna.

Factores familiares: Tras el conjunto invisible de demandas funcionales que organiza la manera cómo interactúan los miembros de la familia, las cuales son complementarias, constituyen pautas a través de las cuales la familia funciona, determina la adecuada implementación y seguimiento de la lactancia materna.

Factores de comunidad: Durante el desarrollo para continuar o implementar la lactancia materna es importante establecer si existe una demanda funcional en relación a la población por la cual se convive, siendo de apoyo para la lactancia materna.

Factores de unidad médica: Es de gran importancia el establecimiento de este tipo de factores para llevar a cabo la lactancia materna, es importante haberse resaltado para un adecuado uso y estimulación para implementar lactancia materna exclusiva.

Factores empresa: Cuando existe una ocupación en la mujer donde existe un horario en jornada de trabajo y un lugar determinado de área de trabajo, propicia el continuar o eliminar la lactancia materna ya que por las facilidades que determina la empresa condiciona factores para un adecuado desarrollo en relación a continuar con la lactancia materna exclusiva.

Factores de nivel social cultural: Los factores vinculados al contexto global en relación a la sociedad y el tipo de cultura establecida a la estructura, influyen en la aceptabilidad de expectativas sobre el uso de la lactancia materna exclusiva, por lo que es de manera prioritaria el hecho de establecer dichos factores para continuación de la lactancia materna a libre demanda sin infringir en el ámbito sociocultural existente en nuestro medio.

I. 1.5 MEDICINA SOCIAL Y LACTANCIA MATERNA

La organización social es considerada una de las principales variables determinantes de la enfermedad. Esto incluye pensar en las características del modo de producción hegemónico en cada período histórico, los sistemas políticos, valores y pautas culturales predominantes, formas de organización comunitaria, familiar, etc. Giovanni Berlinguer sostiene que “la hipótesis de que la organización de la sociedad pesa en la ocurrencia de las enfermedades y que una modificación de ésta puede resultar en una salud mejor, es vieja como la historia y es siempre subversiva para la visión oficial”⁷ Esta visión fue poderosamente relegada cuando en el siglo XIX, a la luz de los postulados positivistas comienza a pensarse en la enfermedad como consecuencia exclusiva de la aparición de microbios y demás agentes patógenos que contaminando el cuerpo humano y alterando su normal funcionamiento, provocan enfermedad y/o muerte. La respuesta ante este supuesto científico e ideológico, residió en la búsqueda de una eficacia basada en soluciones específicas traducidas en medicamentos para microbios específicos y particulares. “En la búsqueda de una eficacia propia la medicina construyó una representación del cuerpo que coloca al sujeto en una especie de posición dual respecto de sí mismo. El enfermo es sólo el epifenómeno de un acontecimiento fisiológico (la enfermedad) que sucede en el cuerpo. (41,42)

El positivismo y la medicina tradicional aíslan conceptual y prácticamente a la enfermedad del sujeto que la padece y de la sociedad que la produce. Sin embargo ocurre en la historia de la medicina una suerte de paradoja que consiste en culpabilizar a la persona en los casos en que “la solución” prescrita por la medicina no resulte como es esperado. Berlinguer explica cómo la enfermedad es transformada en culpa de quien la padece “la idea de culpa persiste porque el enfermo es incómodo, estorba, y a veces es odioso y hasta repugnante. La ciencia deviene en un discurso ideológico impregnado de prenociones acerca de la salud y la enfermedad. Construye su hegemonía a fuerza de negar otras prácticas basadas en otros discursos y otros supuestos encarnados en figuras que históricamente fueron tildados despectivamente como “charlatanes”, “curanderos” o “mano santas”. Hoy en día padece una crisis de legitimidad que Lebreton adjudica a las “carencias antropológicas” de la ciencia médica, es decir “la práctica y la visión del cuerpo en que se basa. (...) La medicina está pagando por su desconocimiento de datos antropológicos elementales. Olvida que el hombre es un ser de relaciones y de símbolos y

que el enfermo no es sólo un cuerpo al que hay que arreglar. (43,44)

La promoción de la salud “se refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales”¹⁸ incluye acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y trabajo, alimentación, justicia social, educación, etc. La prevención en cambio, consiste en “intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia.” (43)

La alimentación de los niños por medio de la leche materna contribuye con la prevención de enfermedades específicas tales como diarreas, bronquiolitis, infecciones y alergias. Pero además mejora la calidad de vida del recién nacido al fortalecer el vínculo madre-hijo, aspecto fundamental que actúa como soporte simbólico del psiquismo infantil en los primeros meses de vida. (43)

Sin embargo esto no es suficiente por sí solo. La lactancia materna debería ser motivo de regulaciones legales que tradujeran esta cuestión en derechos de la madre a disponer de licencias, espacios y momentos adecuados para continuar con la alimentación exclusiva por esta vía como mínimo hasta los seis meses de edad. (43)

La lactancia materna no debe ser abordada desde discursos moralizantes que apunten a un trabajo de mera educación de las madres sino que debería ser parte de una política de salud reproductiva que ponga al alcance de todas las mujeres los métodos de anticoncepción y atención adecuados durante el proceso embarazo-parto-puerperio. Esto implica pensar que el amamantamiento contiene como condición de ser el deseo de la madre hacia el hijo, experiencias satisfactorias y gratas en relación con el proceso de gestación y parto, condiciones adecuadas de vida y alimentación de todo el grupo familiar. A su vez debería estar acompañada de una política de salud infantil que tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

Evitar el empleo de “pretendidas propiedades saludables” (*health claims* en inglés) en alimentos infantiles, tal como lo demuestra el reciente informe mundial (y regional) de monitoreo del Código; -

No permitir el patrocinio de empresas de alimentos infantiles a profesionales de la salud y sus asociaciones de modo de evitar que aparezcan conflictos de intereses

Evitar que las compañías de alimentos infantiles financien investigaciones sobre las cuales se basen luego las políticas públicas de salud.”

Desde este posicionamiento se complejiza una visión individualista y reduccionista que deposita la carga de responsabilidad sobre la falta de educación de las madres, tal como lo expresan algunos artículos: “la causa principal del abandono de la lactancia materna exclusiva es la desinformación materna y falta de confianza en sí mismas sobre su capacidad de alimentar adecuadamente a su hijo.” (44)

De la lectura del material consultado en páginas de Internet, artículos y folletos de difusión médica se puede observar que las recomendaciones apuntan casi en su totalidad a las madres. Hay ausencia de explicitación del rol paterno y poquísimas alusiones a la

responsabilidad del Estado y en el caso en que éstas se presentan aparecen bajo la forma de “recomendaciones”. La responsabilidad queda delegada en la figura materna, fortaleciendo una representación de la mujer como cuidadora exclusiva de los hijos que en el mejor de los casos es incorporada al mercado de trabajo cargando entonces con ambas responsabilidades. Desde una perspectiva de abordaje de casos la intervención del trabajo social estaría orientada en esta línea.

Desde los lineamientos de un trabajo social crítico es preciso pensar la intervención y la práctica desde una visión que rescate la complejidad de lo social teniendo en cuenta que tanto las prácticas como las representaciones que se expresan en la vida cotidiana de las personas son parte de la totalidad que es la sociedad en un determinado contexto histórico el cual define ciertas condiciones de vida.

La sociedad actual está marcada por un deslizamiento de la infancia hacia dos extremos: “por el infanticidio de la pobreza; y por otro lado, de modo mucho más sutil en los sectores de medianos y altos recursos socioeconómicos, por la dificultad que se observa, por parte de los adultos de sostener, durante el tiempo necesario, las demandas de dependencia afectiva de los niños”. Abordar el tratamiento de la infancia y su relación con el mundo adulto requiere de la comprensión de los determinantes sociales, políticos y económicos que actúan como condicionantes de prácticas y representaciones. La práctica de la lactancia materna constituye un punto de abordaje que articula múltiples dimensiones, allí se juegan cuestiones de índole biológicas y psicológicas, relaciones de género, políticas de salud reproductiva, de alimentación, empleo y legislación laboral. (44,45)

La consideración de estos aspectos es parte de un posicionamiento ético-político que intenta apuntar hacia una intervención basada en derechos sociales más que en obligaciones particulares y orientadas por criterios de salud pública y medicina social.

I.1.6 TIPOLOGÍA FAMILIAR

Implica identificar con qué elementos está integrada, ubicar el grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico, valorar el contexto demográfico de la familia e identificar su comportamiento antropológico en general. (46,47)

Por su desarrollo de la familia, se puede subdividir en tres tipos:

- Moderna: ésta se encuentra en niveles socioeconómicos altos, rol económicamente activo de la mujer. Constituye un 30%.
- Tradicional: representa las tradiciones familiares. Constituye un 60%.
- Arcaica o primitiva: predeterminada por factores socioculturales y demográficos. Este tipo de familia está dispersa en todo el territorio nacional. Constituye un 10%.

Por su demografía

- Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.) y cuenta con menos de 5,000 habitantes.

- Suburbana: tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.
- Urbana: se encuentra en una población grande (+ de 15,000 habitantes) y cuenta con todos los servicios.

Según su integración:

- Integrada: ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.
- Semi integrada: ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- Desintegrada: los conyugues se encuentran separados.

Según su composición:

- Familia nuclear: el padre, la madre y los hijos
- Familia nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que puedan vivir con ellos en el mismo hogar.
- Familia monoparental: formada solo por un padre o madre, que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos.
- Familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos.
- Familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida.
- Familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio.
- Familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que viven juntos con sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual.

Según su ocupación:

- Campesinas: básicamente por la actividad que desarrolla y el entorno geográfico. Actividad productiva el cultivo de la tierra.
- Obreras: característica principal contar con empleo de base y una remuneración que les permitirá el acceso a ciertos satisfactores básicos.
- Profesionales: familias en las que en su interior hay por lo menos un elemento con estudios superiores al nivel de técnico profesional o licenciatura.

Según sus complicaciones

- Interrumpida: aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.
- Contraída: cuando fallece uno de los padres.

- Reconstruida: se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa.

Según su fase o etapa del ciclo vital de la familia:

- Etapa de matrimonio: Combinan los recursos de las dos personas, sus papeles se alteran y se asumen nuevas funciones, uno de los principales problemas es aprender a vivir juntos y, al mismo tiempo, atender las necesidades básicas de la personalidad del otro cónyuge. Se puede dividir al matrimonio en tres etapas:
- Etapa de expansión: Se inicia con la llegada del primer hijo y termina con el nacimiento del último, puede intercalarse con la etapa de dispersión cuando uno de los hijos se va a la escuela.
- Etapa de dispersión: Se inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina cuando el primer hijo empieza a vivir fuera de la casa.
- Etapa de independencia: Se inicia cuando el primer hijo abandona el hogar por cualquier causa, sea estudio, matrimonio, trabajo o simplemente por independizarse y termina cuando el último de ellos abandona el hogar.
- Etapa de retiro y muerte: Se inicia con la salida del último de los hijos del hogar familiar, o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres, se conoce también como “nido vacío”.

Según el nivel socioeconómico:

- Clase A/B \$ 85,000 o mas Rica
- Clase C \$ 35,000.00 - \$ 84,999.00 Media Alta
- Clase C \$ 11,600.00 - \$ 34,999.00 Media
- Clase D \$ 6,800.00 - \$ 11,599.00 Media Baja
- Clase D \$ 2,700.00 - \$ 6,799.00 Pobre
- Clase E \$ 0.00 - \$ 2,699.00 Pobreza Extrema

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II. 1. Argumentación.

La lactancia materna durante los primeros años de vida es de forma natural, siendo la forma más sana de alimentación, debido a las implicaciones que acontece en la salud tanto para la madre y los lactantes a corto y largo plazo, conlleva beneficios sociales y económicos, individuales como colectivos, por el ahorro del coste de la leche artificial, o por descenso del absentismo laboral de los padres de niños amamantados y coste del cuidado médico, atribuibles al menor riesgo de enfermedades infantiles. La leche materna significativamente no solo es un alimento, es un fluido nutritivo complejo y vivo que posee nutrientes específicos de nuestra especie, así como factores anti infecciosos, enzimas y hormonas necesarios para la para un desarrollo y crecimiento óptimos del ser humano. Así mismo es recomendable un tiempo de llevar acabo la Lactancia Materna por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) durante los seis primeros meses de vida y con alimentos complementarios adecuados hasta los dos años de edad o más.

El abandono de la lactancia materna o el destete temprano continúan en aumento a pesar de los conocimientos científico y tecnológicos existentes que han demostrado las ventajas de la lactancia materna sobre sus sucedáneos y de todos los intentos internacionales, en particular: la iniciativa “ Hospitales amigos del niño”, el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural en el contexto global de políticas y programas nacionales sobre nutrición y salud del niño y la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición., las decisiones de las mujeres relacionadas con el abandono de la lactancia materna y el destete temprano, forman parte de un complejo fenómeno en el cual intervienen múltiples factores, sin embargo hoy por hoy, sigue sin comprenderse cabalmente este fenómeno de la lactancia materna y la prevención del destete temprano., en la Unidad de medicina Familiar No 64, se desconocen los factores para el destete temprano, por lo cual se origina la siguiente pregunta.

II.2 Pregunta de investigación

¿CUÁLES SON LOS FACTORES INDIVIDUALES Y DE RELACIONES FAMILIARES EN MUJERES CON HIJOS DE 0 A 4 AÑOS DE EDAD CON DESTETE Y SIN DESTETE TEMPRANO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64?

III. JUSTIFICACIONES

III. 1. Académica

La realización del presente estudio como trabajo de tesis es con la finalidad de completar estudios de posgrado y obtener el diploma en la especialidad de medicina familiar.

III. 2. Científica

La leche materna significativamente no solo es un alimento, es un fluido nutritivo complejo y vivo que posee nutrientes específicos de nuestra especie, así como factores antiinfecciosos, enzimas y hormonas necesarios para la para un desarrollo y crecimiento óptimos del ser humano; por lo que la Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y con alimentos complementarios adecuados hasta los dos años de edad o más, esto, debido a que la existencia de un efecto dosis-respuesta entre la leche materna y la salud humana, tienen un efecto sobre la salud caracterizado por la exclusividad y la duración,

III. 3. Social

Identificar los factores individuales y de relaciones que conlleven al destete temprano así como conocer el gasto mensual por uso de leches industrializadas ya que permitirá establecer la importancia que tiene la lactancia materna pudiendo de alguna manera sensibilizar a las familias para hacer incipiente el uso de la lactancia materna, evitando así el uso de fórmulas industrializadas contribuyendo a un ahorro en el gasto familiar. En la UMF No 64 del IMSS el destete temprano presenta un comportamiento similar al de nuestro país, con las consecuencias biopsicosociales en el binomio madre hijo; por lo que mediante esta investigación, se pretende contar con una base de datos científicos que permita identificar los factores de riesgo para el destete temprano, así como su fuerza de asociación para que los tomadores de decisiones puedan implementar acciones que favorezcan la lactancia materna exclusiva y contribuyan a la disminución del destete temprano; aunado a que el estudio cuenta con la factibilidad, la viabilidad, trascendencia y vulnerabilidad adecuadas para su realización.

III. 4. Económica

Reconocer que la Lactancia Materna además de ser esencial en el desarrollo primario de alimentación en el ser humano hoy en día presenta un principal apoyo económico en las familias, tras favorecer al gasto económico por un periodo de desarrollo del ser humano, así mismo no modificando la funcionalidad familiar tras la inestabilidad económica que

podiese surgir, contribuyendo en el gasto familiar y así mismo ahorrando en algunas instituciones del sector salud haciendo hincapié en la lactancia materna exclusiva por su sin fin de beneficios causantes en el binomio.

IV. HIPÓTESIS

Las mujeres con hijos de 0 a 4 años con destete temprano, de la UMF no 64 presentan como factores individuales predominantes el tener una edad de 39 a 48 años, de ocupación amas de casa, con escolaridad licenciatura, estado civil soltera con más de 3 hijos, sin método de planificación familiar, sin control prenatal, sin consejos en relación a la lactancia, y con factores de relaciones familiares con una tipología familiar según su ciclo vital familiar en fase de expansión, con límites difusos y jerarquía de un solo padre, así como un nivel de conocimientos inadecuado en comparación con mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad sin destete temprano.

IV. 1.1 Unidades de Observación

Mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF No 64

IV. 1.2 Variables

IV. 1.2.1 Dependiente

Factores individuales

IV. 1.2.2 Independientes

Factores de relaciones familiares

IV. 1.3 Elementos lógicos de relación

Las, presentan, como, predominantes, el, tener, una, edad, de, 39, a, 48, años, de, ocupación, amas, de, casa, con, escolaridad, licenciatura, estado, civil soltera, con, más, de, 5, hijos, sin, método, de, planificación, familiar, sin, control, prenatal, sin, consejos, en, relación, a, la, lactancia, con, un, hijo, con peso, menor, de, 2 .500kg, y, con, una, tipología, familiar, según, su, desarrollo moderna, demográficamente, urbana, desintegrada, nuclear, extensa, en, fase de, dispersión, y, con, nivel, socioeconómico, clase, media, baja, en, su, estructura, familiar, con, límites, difusos, y, jerarquía, presente, así, como, un, nivel, de, conocimientos, malo. .

V. OBJETIVOS

V. 1. General

IDENTIFICAR LOS FACTORES INDIVIDUALES Y DE RELACIONES FAMILIARES EN MUJERES CON HIJOS DE 0 A 4 AÑOS DE EDAD CON DESTETE Y SIN DESTETE TEMPRANO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64

V. 2. Específicos

V 2.1 Identificar la edad en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 2.2 Identificar el estado civil en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 2.3 Identificar la escolaridad en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 2.4 Identificar la ocupación en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 2.5 Identificar el número de embarazos en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 2.6 Identificar existencia de control prenatal en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V2.7 Identificar si la madre decidió lactar a su hijo desde antes de haber nacido en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V2.8 Identificar si durante el proceso de embarazo, la madre recibió consejos para llevar a cabo una adecuada lactancia materna y calcular su razón de prevalencia.

V 2.9 Identificar método de planificación familiar usado actualmente en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 3.0 Identificar tiempo de duración de lactancia materna en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 3.1 Clasificar la causa por la cual la madre decidió abandonar la lactancia materna exclusiva.

V 3.2 Identificar el tiempo transcurrido después del nacimiento de su hijo para iniciar lactancia materna en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

.

V 3.3 Identificar el tipo de parto como se obtuvo su hijo actual en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

.

V 3.4 Identificar peso de hijo al nacer en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

.

V 3.5 Identificar motivo por el cual el niño abandono la lactancia materna exclusiva en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano.

V 3.6 Identificar cuantas latas de leche consumen en 1 semana en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 3.7 Identificar el gasto promedio en formula láctea por semana en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano.

V 3.8 Describir la jerarquía establecida en los hogares de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia..

V 3.9 Describir los límites establecidos en los hogares de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

.

V 4.0. Describir tipología familiar ciclo vital familiar de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 4.1 Identificar el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 4.2 Describir los factores de la comunidad en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 4.3 Describir los factores unidad médica en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

V 4.4 Describir los factores empresa en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano y calcular su razón de prevalencia.

VI.MÉTODO

VI. 1. Tipo del estudio

No experimental, observacional, transversal comparativo

VI. 2 Diseño del estudio

Una vez registrado el protocolo por el comité local de investigación se solicitó mediante oficio al director (a) de la Unidad de Medicina Familiar 64 autorización para poder revisar tarjetas de control del niño sano de 0 a 4 años de edad, una vez ubicados los niños se procedió a acudir a los consultorios, en donde se aplicaron criterios de selección y posteriormente se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia , realizándose una encuesta dirigida por medio de una entrevista, obteniéndose información en relación a factores individuales, factores de relaciones familiares, factores de la comunidad y de la empresa, así como conocimiento de lactancia materna, previa autorización de la paciente por medio del consentimiento informado.

VI. 3 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medición	Ítem
Edad	Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana	Periodo en el cual se divide la vida.	Cuantitativa Continua Dicotómica	1. Menor de 2 años 2. Mayor de 20 años	1
Estado Civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Soltera 2. Casada	2
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado de aprendizaje y formación de un ser humano	Cualitativa Ordinal Dicotómica	1. Primaria 2. Licenciatura	3
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Trabajo, empleo, oficio de una persona	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Empleado 2. Hogar	5

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medición	Ítem
Número de embarazos	Estado en que se halla la hembra gestante	Número de hijos vivos o muertos que tiene una mujer	Cuantitativa Discreta Dicotómica	1. De 1 a 2 2. Más de 3	6
Control prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a prevención, diagnóstico y tratamientos e los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal	Acciones destinadas para prevenir, diagnosticar y tratar factores que puedan poner en riesgo la salud materna y del niño.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.No 2.Si	9
Decisión para alimentar por medio de lactancia materna a su hijo desde antes de nacido	Determinación de alimentar al seno materno antes del nacimiento	Albedrío de alimentar al seno materno a un hijo antes del nacimiento	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.No 2.Si	10

Recibió consejos en relación a lactancia materna	Adoptar asesoramiento en relación a lactancia materna	Tomar recomendaciones en relación a como alimentar a un bebe con seno materno	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.No 2.Si	11
Método de planificación familiar	Plan general, metódicamente organizado para evitar concebir familia	Medicamento utilizado para prevenir embarazos	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Hormonales-pastillas, Hormonales-inyectables, condón 3. DIU	13
Duración de lactancia materna	Tiempo de realizar alimentación por medio del seno materno	Tiempo de alimentar por el seno materno a un hijo	Cuantitativa Continua Dicotómica	1. De 1 a 4 meses 2. Sigo lactado	14
Motivo de abandono por parte de madre de la lactancia	Circunstancia para dejar de dar alimentación por medio del seno materno	Tiempo en el cual se deja de dar lactancia materna absoluta	Cualitativa Nominal Politómica	1. Falta de leche 2. Enfermedad 3. Voluntariedad 4. Inicio de actividad laboral y estudiantil 5. Alteraciones anatómicas del pezón	15
Tiempo transcurrido después de nacimiento de su hijo para dar lactancia materna	Duración que pasa después del nacimiento de un hijo para ser alimentado por el seno materno	Tiempo transcurrido en el cual se le do inicio de alimentación al seno materno a un bebe	Cuantitativa Continua Dicotómica	1.. De 30 a 60 minutos después de nacido 2. Inmediatamente al nacer	16
Tipo de parto como nació su hijo actual	Acción por la cual nace una persona	Tipo de parto o cesárea para que nazca un hijo	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Cesárea 2. Parto	20
Peso al nacer de su hijo	Peso de un niño inmediatamente al nacer	Peso de un bebe al inicio del nacimiento	Cuantitativa Continua Dicotómica	1. 2.500 a 3.000kg 2. 3.100 a 3.600kg	21
Motivo por el cual abandono la lactancia materna el niño	Circunstancia de abandono o de lactancia materna	Causa por la cual se abandonó la lactancia materna	Cualitativa Nominal Politómica	1. Enfermedades 2. Rechazo del niño 3. No se llena 4. Incorporación al círculo infantil 5. Oros	23
Número de latas de fórmula consumida en una semana	Recipiente con formula de alimentación para consumir en una semana de tiempo	Bote con leche de polvo para alimentación ingerida por semana	Cuantitativa Continua Dicotómica	1. De 1 a 4 2. Ninguna	24
Gasto promedio de fórmula láctea a la semana	Egreso económico en leche de polvo por semana	Pago económico realizado en leche de polvo por semana	Cuantitativa Continua Dicotómica	1. De \$ 50.00 a \$ 3.500 2. \$ 0.00	25
Factores de nivel individual	Referente a características diada madre-niño, incluye factores más cercanos a decisiones de lactancia materna y prácticas de la lactancia materna como aspectos	Referente a características diada madre-niño, incluye factores más cercanos a decisiones de lactancia materna y prácticas de la lactancia materna como aspectos	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Favorable 2. No Favorable	Formulario Factores de nivel individual 1-25

	clínicos, psicológicos o historia personal	clínicos, psicológicos o historia personal de la madre y del lactante			
--	--	---	--	--	--

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medición	Ítem
Factores de relaciones	Factores del ambiente externo en donde existe relación mujeres e hijos con otros, incluyen características de la familia, el vecindario, el hospital y otros servicios de salud o lugar de trabajo materno	Factores del ambiente externo en donde existe relación mujeres e hijos con otros, incluyen características de la familia, el vecindario, el hospital y otros servicios de salud o lugar de trabajo materno	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.Favorable 2.No Favorable	1-6 Instrumento 3 de Factores de relaciones
			Cualitativa Nominal Politómica	Estructura Familiar Jerarquía 1. Un solo padre 3. Compartida	1-6
			Cualitativa Nominal Politómica	Limites 1. Difuso 2. Claro	1-8
			Cualitativa Nominal Politómica	Tipología familiar 7. Según la fase o etapa de su ciclo vital 1.Expansion 2.Dispersion	Instrumento 2 de Factores de relaciones

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medición	Ítem
Conocimiento Lactancia Materna	Entendimiento de tipo de alimentación que consiste en que un bebe se alimente con la leche de su madre	Estudios aprendidos u obtenidos en relaciona la alimentación de un bebe por medio de la leche de su madre	Cualitativa Ordinal Dicotómica	1. Inadecuado 2. Adecuado	Formulario conocimiento lactancia materna 1-18

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medición	Ítem
Factores de la comunidad	Elementos con causa vinculados a conductas y apoyo en relación a la lactancia materna.	Factores vinculados al contexto más global relativos al apoyo de amistades, para apoyo de amistades para la lactancia materna, confianza de lactar en público y sensación de incomodidad de la madre al lactar en público, condicionante del tipo de normas, costumbres ideologías del desarrollo de una comunidad	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.No Favorable 2.Favorable	1-3 Instrumento 4 de Ámbitos de relaciones
Factores de la Unidad Medica	Elementos con causa vinculados a conductas y apoyo en relación a lactancia materna otorgados por alguna Unidad Medica	Elementos con causa vinculados al apoyo de la mujer en periodo de embarazo y lactancia otorgado por alguna Unidad Médica en relación a control prenatal, capacitación sobre lactancia materna, apego inmediato, alojamiento conjunto,	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.No .Favorable 2. Favorable	1-8 Instrumento 4 de Ámbitos de relaciones

		Hospital Amigo del niño y de la Niña, apoyo de personal de la salud para la lactancia materna, Control del niño sano. Y dotación de leche industrializada			
Factores de la Empresa	Elementos con causa vinculados a conductas y apoyo en relación a lactancia materna otorgados por la empresa en donde labora	Elementos con causa vinculados a conductas y apoyo en relación a lactancia materna destacando apoyo de la empresa en donde trabaja, hora de lactancia, tiempo para extracción leche materna y refrigeración para leche materna extraída	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.No Favorable 2.Favorable	1-4 Instrumento 4 de Ámbitos relaciones

VI.4 Universo de Trabajo y muestra

En la Unidad de Medicina Familiar 64 existe un universo de trabajo de 29802 madres de con hijos de 0 a 4 años de edad de edad, por lo que se realizo un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniéndose un total de 230 encuestas.

VI. 4.1 Criterios de Inclusión

- Madres con niños de 0 a 4 años de edad que tengan de 20 a 40 años de edad
- Madres de niños de 0 a 4 años de edad que acuden con sus hijos a control del niño sano
- Madres de niños de 0 a 4 años de edad con destete temprano
- Madres de niños de 0 a 4 años de edad sin destete temprano
- Madres de niños de 0 a 4 años de edad que decidan participar en el estudio por medio del consentimiento informado

VI 4.2 Criterios de exclusión

- Madres con niños de 0 a 4 años de edad que no cuenten con edades de 20 a 40 años
- Madres con niños de 0 a 4 años de edad que no deseen colaborar
- Madres que no tengan hijos con edad menor de 5 años y que no se encuentre en control del niño sano.

VI 4.3 Criterios de eliminación

- Madres de niños de 0 a 4 años que una vez que acepten participar, se retiran, dejando cuestionario sin responder en un 51% o mas.

VI.5. Instrumento de Investigación

VI.5.1 Descripción

VI. 5.1.2 FACTORES INDIVIDUALES ⁽²⁵⁻²⁶⁾

Es un instrumento adoc para la evaluación de factores individuales, validado por una ronda de expertos ya que como tal sus propiedades psicométricas aún no han sido descritas o utilizadas. (25,26)

Explora: características en relación a factores individuales tales como factores dependientes de la madre: grupo, estado civil, escolaridad, religión, ocupación antecedentes de embarazos, MPF, lactancia materna, así mismo dependientes del hijo tales como peso al nacer y causas de abandono de lactancia materna, así como consumo de formula láctea y gasto generado por el consumo

VI.5.1.3 FACTORES DE RELACIONES FAMILIARES

VI..5.1.3.1 CLASIFICACION PARA TIPOLOGIA FAMILIAR SEGÚN IRIGOYEN CORIA ⁽⁴⁴⁾

Esta clasificación identifica elementos en los que se encuentra integrada, ubica grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico, valorar el contexto demográfico de la familia e identificar su comportamiento antropológico en general.

Por su desarrollo de la familia, se puede subdividir en tres tipos:

Moderna: ésta se encuentra en niveles socioeconómicos altos, rol económicamente activo de la mujer. Constituye un 30%.

Tradicional: representa las tradiciones familiares. Constituye un 60%.

Arcaica o primitiva: predeterminada por factores socioculturales y demográficos. Este tipo de familia está dispersa en todo el territorio nacional. Constituye un 10%.

Por su demografía

Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.) y cuenta con menos de 5,000 habitantes.

Suburbana: tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.

Urbana: se encuentra en una población grande (+ de 15,000 habitantes) y cuenta con todos los servicios.

Según su integración:

Integrada: ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.

Semi integrada: ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: los conyugues se encuentran separados.

Según su composición:

Familia nuclear: el padre, la madre y los hijos

Familia nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que puedan vivir con ellos en el mismo hogar.

Familia monoparental: formada solo por un padre o madre, que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos.

Familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos.

Familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida.

Familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio.

Familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que viven juntos con sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual.

Según su ocupación:

Campesinas: básicamente por la actividad que desarrolla y el entorno geográfico. Actividad productiva el cultivo de la tierra.

Obreras: característica principal contar con empleo de base y una remuneración que les permitirá el acceso a ciertos satisfactores básicos.

Profesionales: familias en las que en su interior hay por lo menos un elemento con estudios superiores al nivel de técnico profesional o licenciatura.

Según sus complicaciones:

Interrumpida: aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.

Contraída: cuando fallece uno de los padres.

Reconstruida: se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa.

Según su fase o etapa del ciclo vital de la familia:

Etapa de matrimonio: Combinan los recursos de las dos personas, sus papeles se alteran y se asumen nuevas funciones, uno de los principales problemas es aprender a vivir juntos y, al mismo tiempo, atender las necesidades básicas de la personalidad del otro cónyuge. Se puede dividir al matrimonio en tres etapas:

Etapa de expansión: Se inicia con la llegada del primer hijo y termina con el nacimiento del último, puede intercalarse con la etapa de dispersión cuando uno de los hijos se va a la escuela.

Etapa de dispersión: Se inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina cuando el primer hijo empieza a vivir fuera de la casa.

Etapa de independencia: Se inicia cuando el primer hijo abandona el hogar por cualquier causa, sea estudio, matrimonio, trabajo o simplemente por independizarse y termina cuando el último de ellos abandona el hogar.

Etapa de retiro y muerte: Se inicia con la salida del último de los hijos del hogar familiar, o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres, se conoce también como “nido vacío”.

Según el nivel socioeconómico:

- Clase A/B \$ 85,000 o más Rica
- Clase C \$ 35,000.00 - \$ 84,999.00 Media Alta
- Clase C \$ 11,600.00 - \$ 34,999.00 Media
- Clase D \$ 6,800.00 - \$ 11,599.00 Media Baja
- Clase D \$ 2,700.00 - \$ 6,799.00 Pobre
- Clase E \$ 0.00 - \$ 2,699.00 Pobreza Extrema

VI.5.1.3.2 ESCALA DE MONTALVO Y SORIA ⁽³⁴⁾

Cuestionario que se divide en diez apartados, el primero de ellos nos hace referencia a datos generales del paciente y su familia. Los siguientes apartados evalúan ocho áreas de la estructura familiar a través de preguntas abiertas dirigidas al informante que son para explorar previamente.

En el primer apartado incluye seis preguntas para explorar **JERARQUIA**, interrogando directamente quien de la familia pone las reglas, los castigos y los premios, haciendo una conclusión final por parte del entrevistador.

En el segundo contiene diez preguntas para explorar **CENTRALIDAD**, interrogando sobre quien se habla positiva o negativamente en la familia o de quien se tienen más quejas finalizando también con una conclusión por parte del entrevistador.

El tercero con ocho preguntas explora **PERIFERIA**, interrogando si alguien se encuentra ausente o simplemente no participa, opina o se involucra con las decisiones familiares.

En el cuarto nos da información sobre los **LÍMITES Y GEOGRAFÍA**, tanto en el sistema conyugal, sistema parental y límites al exterior con un total de veinticuatro preguntas.

En el quinto apartado se exploran **ALIANZAS**.

En el sexto **COALICIONES**.

En el séptimo **CONFLICTOS** en los diferentes subsistemas, terminando con una conclusión por parte del entrevistador.

SOBRE INVOLUCRAMIENTOS, preguntando si existen miembros de la familia que se necesitan mutuamente para casi todo, todo se cuentan entre sí, uno es el preferido del otro y viceversa, se protegen y cuidan en exceso mutuamente, se pelean y están en competencia con frecuencia.

Finalmente una última pregunta donde se interroga sobre, si el padre se comporta como si fuera un niño. Estos últimos apartados incluyen de una a cuatro preguntas. Al final de cada apartado tiene un espacio libre para realizar conclusiones de acuerdo a lo explorado.

La propuesta de este instrumento es identificar diferentes tipos de patrones estructurales familiares, dividiéndolos en dos grandes grupos:

- El de familias con buena o adecuada estructura que conducen a un adecuado funcionamiento familiar; que se caracterizan por límites claros y flexibles, jerarquía compartida por los padres, alianza parental, sin coaliciones, triangulaciones, no sobre involucramiento.
- El de familias con mala o inadecuada estructura que conducen a una disfuncionalidad familiar; que se caracterizan por límites difusos o rígidos, sin alianza parental, incongruencia jerárquica, coaliciones con los hijos, centralidad negativa, conflictos, sobre involucramiento y algún miembro periférico.

VI.5.1.4 FACTORES DE COMUNIDAD, UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA Y EMPRESA

(,26,27)

Es un instrumento adoc para la evaluación de factores, validado por una ronda de

expertos ya que como tal sus propiedades psicométricas aún no han sido descritas o utilizadas.

Explora: características de relación del ámbito de relaciones comunidad, unidad de atención médica y empresa. Tales como apoyo, confianza y seguridad para dar lactancia materna.

VI.5.1.5 CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA ⁽⁴⁵⁾

Instrumento validado a través de un grupo multidisciplinario de cinco expertos sobre el tema, ya que como tal sus propiedades psicométricas aún no han sido descritas o utilizadas.

Explora: características de evaluación en conocimientos como beneficios en relación a lactancia materna, generalidades psicomotoras y generalidades afectivas.

VI 5.2 Validación

VI 5.2.1 FACTORES INDIVIDUALES

Validado por una ronda de expertos ya que como tal sus propiedades psicométricas aún no han sido descritas o utilizadas. ⁽²⁵⁻²⁵⁾

VI 5.2.2 FACTORES DE RELACIONES FAMILIARES

VI. 5. 2.2.1 CLASIFICACION SEGÚN IRIGOYEN CORIA

Validado por una ronda de expertos ya que como tal sus propiedades psicométricas aún no han sido descritas o utilizadas ⁽⁴⁴⁾

VI 5.2.2.1 ESCALA DE MONTALVO Y SORIA 2000

La Guía de Entrevista para identificar la Estructura Familiar de Montalvo ha sido utilizada en varios artículos publicados por la facultad de Psicología de la UNAM, de los más conocidos están los publicados en la revista electrónica de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala donde el autor del presente instrumento es profesor titular, sus colaboradores cuentan con maestría en terapia Breve Sistémica y colaboran conjuntamente en el Centro de Crecimiento Personal y Familiar S.C. del Instituto Milton H. Erickson de Monterrey. Entre los artículos publicados se encuentra Comparación del grado de disfuncionalidad en la Estructura de Familias con y sin paciente identificado (Marzo 2005). Aunque no se encuentre información la validación del presente instrumento, a la hacer una comparación con la Entrevista Estructural de Carmen Peñalva, psicóloga con doctorado en la Universidad Autónoma de México, se detectó que las preguntas son muy similares y evalúan también los componentes de estructura familiar y la forma de su evaluación comprende tres patrones, la primero límites, en la segunda los alineamientos que incluyen alianzas, coaliciones y triangulaciones y en una tercera se evalúa el poder equivalente a la jerarquía, las preguntas se encuentran basadas en el Modelo Estructural de Minuchin de Terapia Familiar donde la consistencia interna para la

escala global, medida con el alfa de Cronbach fue de .82, concluyendo que el instrumento es útil para evaluar el funcionamiento familiar en poblaciones mexicanas. ⁽³⁴⁾

VI 5.2.3 FACTORES DE LA COMUNIDAD, UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA Y EMPRESA

Validado por una ronda de expertos ya que como tal sus propiedades psicométricas aún no han sido descritas o utilizadas ^(26,27)

VI 5.2.3 CLASIFICACION SEGÚN IRIGOYEN CORIA

Validado por una ronda de expertos ya que como tal sus propiedades psicométricas aún no han sido descritas o utilizadas. ⁽⁴⁴⁾

VI 5.2.4 CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA

Validado por una ronda de expertos ya que como tal sus propiedades psicométricas aún no han sido descritas o utilizadas ⁽⁴⁵⁾

VI 5.3 Aplicación

VI 5.3.1 FACTORES INDIVIDUALES

Para realizar la aplicación del instrumento de factores individuales se realizaran preguntas por el entrevistador ^(25,26)

VI 5.3.2 FACTORES DE RELACIONES FAMILIARES

Para realizar la aplicación del instrumento de ámbito individual se realizaran preguntas por el entrevistador con posibles opciones de respuesta, en dónde se tomaran según características de la clasificación. ⁽³⁴⁾

Según desarrollo: Moderna, Arcaica

Según demografía: Rural, Suburbana, Urbana

Según su integración: Integrada, semiintegrada, desintegrada

Según su composición: Nuclear, Nuclear extensa, Monoparental, Mixta o reconstituida, Binuclear, De hecho, Homosexual

Según su ocupación: Campesina, Obrera, Profesional

Según sus complicaciones: Interrumpida, Contraída, Reconstituida

Según su fase o etapa de ciclo vital familiar: Matrimonio, Expansión, Dispersión,

Independencia, Retiro y Muerte

Según Nivel socioeconómico: Mas rica, Rica, Media alta, Media baja, Pobre, Pobreza extrema

VI 5.3.2 ESCALA DE MONTALVO Y SORIA 2000

Para realizar la aplicación de la guía de entrevista de Montalvo se realizaran preguntas por el entrevistador con 5 posibles opciones de respuesta, la respuesta que indique el paciente será marcada con x en el recuadro destinado a la pregunta y finalmente se emitirá una conclusión por parte del entrevistador según respuestas para estructura en donde se tomaran en cuenta ⁽³⁴⁾:

- Jerarquía: paterna, materna o compartida
- Límites en sistemas conyugal, fraterno, filial: Claro, difuso, rígido, flexible
- Alianzas: Presente o ausente
- Coaliciones Presente o Ausente

VI 5.2.3 CLASIFICACION SEGÚN IRIGOYEN CORIA ⁽⁴⁴⁾

- Por su desarrollo: Moderna, Tradicional, Arcaica o primitiva
- Por su demografía: Rural, Suburbana, Urbana
- Por su integración: Integrada, semiintegrada, desintegrada
- Por su composición: Familia nuclear, Familia nuclear extensa, Familia monoparental, Familia mixta o reconstituida, Familia binuclear, Familia homosexual
- Por su ocupación: campesinas, Obreras, Profesionales
- Por sus complicaciones: Interrumpida, Contraída, Reconstruida
- Por su fase o etapa de ciclo vital familiar: Etapa de matrimonio, Etapa de expansión, Etapa de dispersión, Etapa de independencia, Etapa de retiro y muerte
- Por su nivel socioeconómico: Clase A/B \$ 85.000 o más= Rica, C 35,000.00- \$ 84.999.00= Media alta, C \$ 11,600-34,999.00=Media, D + \$ 6,800.00- \$ 11,599.00 = Media Baja, D \$,700.00- \$ 6,799.00 = Pobre E \$ 0.00-\$ 2,699.00 Pobreza extrema

VI 5.2.4 FACTORES DE LA COMUNIDAD, UNIDAD DE ATENCION MEDICA Y EMPRESA ^(26,27)

Para realizar la aplicación del instrumento de factores de relaciones se realizaran preguntas por el entrevistador con posibles opciones de respuesta, en dónde.

8-15 puntos se tomaran como favorables

1-7 puntos se tomaran como desfavorables

VI 5.3.5 CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA ⁽⁴⁵⁾

Para realizar la aplicación del instrumento de conocimiento de lactancia materna se realizarán preguntas por el entrevistador con 5 posibles opciones de respuesta, en donde.

- 0 a 11 puntos conocimiento inadecuado
- 15 a 18 puntos conocimiento adecuado

VI.6 Desarrollo del Proyecto

Una vez registrado el protocolo por el comité local de investigación se identificó en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 64 a mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad que acudan junto con sus hijos a control del niño sano, en donde previa autorización de la paciente por medio del conocimiento informado se les aplicó una encuesta dirigida obteniéndose información en relación a factores individuales, factores de relaciones familiares (estructura familiar, comunidad, unidad de atención medica y empresa) , factores de la comunidad y conocimientos en relación a Lactancia Materna, posteriormente se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia por conveniencia con un total de 230 encuestas.

VI.7 Limite de espacio

Unidad de Medicina Familiar No 64 Tequesquihuac del Instituto Mexicano del Seguro Social de la de la Delegación 15 Oriente del Estado de México

VI.8 Límite de tiempo

El estudio se efectuó en un periodo de tiempo comprendido entre el mes de Marzo a Junio del 2013.

VI.9 Diseño de análisis

Al obtener toda la muestra se concentraron los datos en hoja de cálculo Excel. Utilizando el programa SPSS versión 18, se organizaron los datos en tablas y gráficas, para su análisis estadístico univariado, los resultados se mostraron en porcentajes y frecuencias. Se calculó RP para aquellas variables consideradas como posible factor de riesgo para desarrollo de destete temprano, y el valor de p, por lo que se utilizaron gráficos de barras comparativas y sectores.

VII IMPLICACIONES ÉTICAS

La presente investigación respeta la Legislación Internacional y Nacional en materia de investigación en seres humanos tales como Que la Ley General de Salud ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo; Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley; Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; Que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella; Que sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y Que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas según Ley General de Salud y su reglamento en materia de investigación para la salud

CAPITULO I , TITULO SEGUNDO De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos en base a los Artículos

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para

obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 19.- Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados; IV. Los beneficios que puedan observarse; V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la

confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

ARTICULO 24.- Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

Se solicitó el consentimiento informado y se resguardaron los datos en expedientes identificados a través de un número en donde solo la investigadora tendrá acceso

El presente estudio es no experimental, ya que solo se realizaron cuestionario auto aplicado previo consentimiento por parte de la mujer con criterios de selección establecidos que quiera participar, siendo la información de carácter confidencial en donde se resguardaron los datos en expedientes identificados a través de un numero en donde solo a investigadora tuvo acceso, se omitió la utilización de los nombres propios de los encuestados solo se representaron por el número de afiliación.

La aplicación el instrumento para estos estadios se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto mexicano del Seguro Social ubicada en Tequesquihuac Estado de México. Cabe destacar que antes de que los participantes proporcionaran alguna información, se dio a conocer el objetivo del estudio a través del documento consentimiento informado, el cual será autorizado por cada participante.

VIII ORGANIZACIÓN

Tesista:

M.C JUÁREZ FIGUEROA MICHELLE

Asesor de Tesis:

E. EN M.F FÁTIMA KORINA GAYTÁN NÚÑEZ

Revisor de Tesis:

**E EN M.F RÚBEN RIOS MORALES
M. EN I.C LUIS REY GARCÍA CORTÉS
E EN M. F EDGAR RÚBEN GARCÍA TORRES**

IX. RESULTADOS

Se realizó un muestreo por conveniencia de 230 mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete temprano o sin destete temprano adscritas a la UMF 64 que acudieron a la consulta externa de medicina familiar y aceptaron trabajar en el estudio a través del consentimiento informado. Se les aplicaron cuestionarios previamente validados por una ronda de expertos sobre factores individuales y factores de relaciones familiares.

Para la variable edad se encontró que en el grupo de mujeres con destete temprano las mujeres menores de 20 años de edad tuvieron una frecuencia de 39, con una proporción de 33.0% y las mujeres mayores de 20 años de edad tuvieron una frecuencia de 77, con una proporción de 66.0%, para el grupo de mujeres sin destete temprano las menores de 20 años de edad se obtuvo una frecuencia de 27 con una proporción de 24.0% y las mayores de 20 años una frecuencia de 87 con una proporción de 76.0%, el valor de la RP fue de 1.42 con un valor de P de .096

(Tabla y Grafico 1)

Para la variable estado civil se encontró que en el grupo de mujeres con destete temprano las mujeres solteras tuvieron una frecuencia de 30, con una proporción de 34.6% y las mujeres casadas tuvieron una frecuencia de 86, con una proporción de 75.4%, para el grupo de mujeres sin destete temprano las mujeres solteras se obtuvo una frecuencia de 28 con una proporción de 25.9% y las casadas una frecuencia de 86 con una proporción de 74.1%, el valor de la RP fue de 1.05 con un valor de P de .820

(Tabla y Grafico 2)

Para la variable escolaridad se encontró que en el grupo de mujeres con destete temprano las con nivel primaria tuvieron una frecuencia de 98, con una proporción de 84.2% y las mujeres con nivel licenciatura tuvieron una frecuencia de 18, con una proporción de 15.8%, para el grupo de mujeres sin destete temprano las mujeres nivel primaria tuvieron una frecuencia de 98 con una proporción de 84.5% y las de nivel licenciatura una frecuencia de 18 con una proporción de 15.5%, el valor de la RP fue de 1.00 con un valor de P de .955

(Tabla y Grafico 3)

Para la variable ocupación se encontró que en el grupo de mujeres con destete temprano las empleadas tuvieron una frecuencia de 74, con una proporción de 56.1% y las mujeres dedicadas al hogar tuvieron una frecuencia de 42, con una proporción de 43.9%, para el grupo de mujeres sin destete temprano las mujeres empleadas tuvieron una frecuencia de 50 con una proporción de 36.2% y las mujeres dedicadas al hogar una frecuencia de 64 con una proporción de 63.8%, el valor de la RP fue de 0.46 con un valor de P de .002

(Tabla y Grafico 4)

Para la variable número de embarazos se encontró que en el grupo de mujeres con destete temprano que tuvieron de a 2 embarazos, tuvieron una frecuencia de 65, con una proporción de 62.3% y las mujeres con más de 3 embarazos, tuvieron una frecuencia de 51, con una proporción de 37.7%, para el grupo de mujeres sin destete temprano las que tuvieron de 1 a 2 embarazos, tuvieron una frecuencia de 71 con una proporción de 62.0% y las mujeres con más de 3 embarazos, una frecuencia de 43 con una proporción de 38.0 %, el valor de la RP fue de 0.90 con un valor de P de .335

(Tabla y Grafico 5)

Para la variable control prenatal se encontró que en el grupo de mujeres con destete temprano quienes no tuvieron control prenatal, tuvieron una frecuencia de 10, con una proporción de 10.5% y las mujeres quienes tuvieron control prenatal, tuvieron una frecuencia de 106, con una proporción de 89.5%, para el grupo de mujeres sin destete temprano las que no tuvieron control prenatal, tuvieron una frecuencia de 12 con una proporción de 44.0% y las mujeres quienes tuvieron control prenatal, una frecuencia de 102 con una proporción de 56.0 %, el valor de la RP fue de 0.82 con un valor de P de .623

(Tabla y Grafico 6)

Para la variable decisión para lactar antes del nacimiento se encontró que en el grupo de mujeres con destete temprano quienes no tuvieron decisión para lactar antes del nacimiento, tuvieron una frecuencia de 5, con una proporción de 5.3% y las mujeres quienes tuvieron si tuvieron decisión para lactar antes del nacimiento, tuvieron una frecuencia de 111, con una proporción de 94.7%, para el grupo de mujeres sin destete temprano las que no tuvieron decisión para lactar antes del nacimiento, tuvieron una frecuencia de 6 con una proporción de 4.3% y las mujeres quienes sí tuvieron decisión para lactar antes del nacimiento, una frecuencia de 108 con una proporción de 95.7 %, el valor de la RP fue de 0.82 con un valor de P de .735

(Tabla y Grafico 7)

Para la variable haber recibió consejos en relación a Lactancia Materna se encontró que en el grupo de mujeres que no recibió consejos en relaciona a Lactancia Materna, tuvieron una frecuencia de 21, con una proporción de 25.4% y las mujeres quienes si recibieron consejos en relación a Lactancia Materna, tuvieron una frecuencia de 95, con una proporción de 74.6%, para el grupo de mujeres sin destete temprano las que no recibieron consejos en relación a Lactancia Materna, tuvieron una frecuencia de 29 con una proporción de 18.1% y las mujeres quienes si recibieron consejos en relación Lactancia Materna, una frecuencia de 85 con una proporción de 81.9 %, el valor de la RP fue de 1.10 con un valor de P de .178

(Tabla y Grafico 8)

Para la variable método de planificación familiar, se encontró que en el grupo de mujeres con destete temprano quienes tuvieron método de planificación familiar con hormonales y/0 preservativo, tuvieron una frecuencia de 60, con una proporción de 61.4% y las mujeres quienes tuvieron como método de planificación familiar el DIU, tuvieron una frecuencia de 56, con una proporción de 38.6%, para el grupo de mujeres sin destete temprano las mujeres que tuvieron método de planificación familiar con hormonales y/0 preservativo, tuvieron una frecuencia de 44 con una proporción de 48.3% y las mujeres quienes tuvieron como método de planificación familiar DIU una frecuencia de 70 con una proporción de 51.7 %, el valor de la RP fue de 0.79 con un valor de P de 0.96

(Tabla y Grafico 9)

Para la variable distribución de frecuencia e la duración de Lactancia Materna, se encontró que las mujeres con destete temprano menor de 4 meses tuvieron una frecuencia de 51 con una proporción de 44.0%, para el grupo de mujeres sin destete temprano tuvieron una frecuencia e 43 y una proporción de 83%

(Tabla y Grafico 10)

Para la variable motivo de abandono de la Lactancia Materna por parte de la madre se encontró que las mujeres con motivos como falta de leche, tuvieron una frecuencia de 34 con una proporción de 29.7%, las mujeres con motivos como enfermedad, tuvieron una frecuencia de 23 con una proporción de 20.1%, las mujeres con motivos como voluntariedad, tuvieron una frecuencia de 27 con una proporción de 24.0%, las mujeres con motivos como inicio de actividad laboral o estudiantil, tuvieron una frecuencia de 22 con una proporción de 9.2%, las mujeres con motivos como alteraciones anatómicas del pezón, tuvieron una frecuencia de 8, con una proporción de 7.0%

(Tabla y Grafico 11)

Para la variable tiempo que paso para dar Lactancia Materna después del nacimiento, se encontró que en el grupo de mujeres con destete temprano quienes dieron Lactancia Materna a su hijo de 30 a 60 minutos después de nacido, tuvieron una frecuencia de 46, con una proporción de 37.7% y las mujeres quienes inmediatamente al nacer dieron Lactancia Materna, tuvieron una frecuencia de 70 con una proporción de 62.3%, para el grupo de mujeres sin destete temprano, las mujeres quienes dieron Lactancia Materna a su hijo de 30 a 6 minutos después de nacido, tuvieron una frecuencia de 43, con una proporción de 39.7% y la mujeres quienes inmediatamente al nacer dieron Lactancia Materna, tuvieron una frecuencia de 71 con una proporción de 60.3%, el valor de la RP fue de 1.05 con un valor de P de .763

(Tabla y Grafico 12)

Para la variable vía de obtención del nacimiento de su hijo, se encontró que en el grupo de mujeres con destete temprano quienes tuvieron como vía de obtención la cesárea, tuvieron una frecuencia de 38 con una proporción de 36.8% y las mujeres quienes tuvieron como vía de obtención el parto, tuvieron una frecuencia de 78, con una proporción de 63.2%, para el grupo de mujeres sin destete temprano, las mujeres quienes tuvieron como vía de obtención la cesárea, tuvieron una frecuencia de 42, con una proporción de 32.8% y las mujeres quienes tuvieron como vía de obtención el parto, tuvieron una frecuencia de 72, con una proporción de 67.2%, el valor de la RP fue de 0.89 con un valor de P de .516

(Tabla y Grafico 13)

Para la variable peso de su hijo al nacer, se encontró que el grupo de mujeres con destete temprano quienes el peso de su hijo fue de 2.500 kg a 3.000 kg, tuvieron una frecuencia de 62, con una proporción de 59.6% y las mujeres quienes el peso de su hijo fue de 3.100 a 3.600 kg, tuvieron una frecuencia de 54 y una proporción de 40.4%, para el grupo de mujeres sin destete temprano, las mujeres quienes el peso de su hijo fue de 2.500 kg a 3.000 kg tuvieron una frecuencia de 68, con una proporción de 53.4%, y las mujeres quienes el peso de su hijo fue de 3.100 a 3.600 kg, tuvieron una frecuencia de 46, proporción de 46.6%, el valor de la RP fue de 0.89 con un valor de P de .343

(Tabla y Grafico 14)

Para la variable motivo de abandono de la Lactancia Materna por parte del hijo se encontró que las enfermedades, tuvieron una frecuencia de 9 con una proporción de 7.8%, el rechazo al niño tuvo una frecuencia de 6 con una proporción de 5.3%, no se llena tuvo una frecuencia de 15, con una proporción de 13.1, incorporación al círculo infantil tuvo una frecuencia de 7 con una proporción de 6.1%, otros tuvo una frecuencia de 75 con una proporción de 65.7% y no se tuvo una frecuencia de 2 con una proporción de 2.0%

(Tabla y Grafico 15)

Para la variable número de latas de fórmula láctea consumidas por semana, se encontró que el grupo de mujeres con destete temprano quienes consumen de 1 a 4 latas por semana, tuvieron una frecuencia de 64, con una proporción de 55.2% y las mujeres quienes consumen sus hijos ninguna lata, tuvieron una frecuencia de 2, con una proporción de 44.8%, para el grupo de mujeres sin destete temprano, las mujeres quienes sus hijos consumen de 1 a 4 latas por semana, tuvieron una frecuencia de 68, con una proporción de 55.2% y las mujeres quienes sus hijos no consumen ninguna lata de fórmula láctea tuvieron una frecuencia de 46, con una proporción de 44.8%, el valor de la RP fue de 0.92 con un valor de P de .492

(Tabla y Grafico 16)

Para la variable gasto promedio generado por consumo de fórmula láctea por semana, se encontró que las mujeres con destete tuvieron un gasto promedio de \$50.00 a \$ 3.500, con una frecuencia de 64 y una proporción de 59.6%, las mujeres con gasto de \$ 0-49 tuvieron una frecuencia de 52, con una proporción de 40.4%, para el grupo de mujeres sin destete tuvieron un gasto promedio de \$ 50.00 a \$ 3.500 con una frecuencia de 68, proporción de 55.2, las mujeres con gasto de \$ 0-49, tuvieron una frecuencia de 46, con una proporción de 44.8

(Tabla y Grafico 17)

Para la variable jerarquía familiar se encontró que el grupo de mujeres con destete temprano quienes es por un solo padre, tuvieron una frecuencia de 39, con una proporción de 40.4% y las mujeres quienes presentan una jerarquía compartida, tuvieron una frecuencia de 77 con una proporción de 59.6%, para el grupo de mujeres sin destete tuvieron una jerarquía familiar por un solo padre, tuvieron una frecuencia de 46, con una proporción de 33.6%, las mujeres con una jerarquía compartida, tuvieron una frecuencia de 68 con una proporción de 66.4, el valor del RP fue de 0.83, con un valor de P de .290

(Tabla y Grafico 18)

Para la variable límites familiares se encontró que el grupo de mujeres con destete temprano con límites difusos, tuvieron una frecuencia de 57, con una proporción de 44.7% y las mujeres con límites claros, tuvieron una frecuencia de 59, con una proporción de 55.3%, para el grupo de mujeres sin destete temprano con límites difusos, tuvieron una frecuencia de 63, con una proporción de 50.9 y las mujeres con límites claros tuvieron una frecuencia de 51, con una proporción de 49.1%, el valor del RP fue de 1.14, con un valor de P de .352

(Tabla y Grafico 19)

Para la variable tipología familiar según ciclo vital familiar se encontró que el grupo de mujeres con destete temprano en etapa de expansión, tuvieron una frecuencia de 108, con una proporción de 94.7% y las mujeres en etapa de dispersión, tuvieron una frecuencia de 8 con una proporción de 5.3%, para el grupo de mujeres sin destete temprano, las mujeres en etapa de expansión, tuvieron una frecuencia de 108 con una proporción de 93.1% y las mujeres en etapa de dispersión, tuvieron una frecuencia de 6 con una proporción de 6.9%, el valor de RP fue de 0.98, con un valor de P de .604

(Tabla y Grafico 20)

Para la variable conocimientos en relación a Lactancia Materna se encontró que el grupo de mujeres con destete temprano y conocimientos inadecuados, tuvieron una frecuencia de 60 con una proporción de 56.1% y las mujeres con conocimientos adecuados, tuvieron una frecuencia de 56, con una proporción de 43.9%, para el grupo de mujeres sin destete temprano, las mujeres con conocimientos inadecuados, tuvieron una frecuencia de 50 con una proporción de 48.3% y las mujeres con conocimientos adecuados, tuvieron una frecuencia de 64, con una proporción de 51.7%, el valor de RP fue de 1.18 con un valor de P de .233

(Tabla y Grafico 21)

Para la variable factores de la comunidad se encontró en el grupo de mujeres con destete temprano que factores no favorables tuvieron una frecuencia de 13 con una proporción de 11.0% y las mujeres con factores favorables tuvieron una frecuencia de 103, con una proporción de 89.0%, para el grupo de mujeres sin destete temprano, las mujeres con factores no favorables tuvieron una frecuencia de 16 con una proporción de 14.0% y las mujeres con factores favorables, tuvieron una frecuencia de 98 con una proporción de 86.0%, el valor de RP fue de 0.53 con un valor de P de .518

(Tabla y Grafico 22)

Para la variable factores de la unidad médica se encontró en el grupo de mujeres con destete temprano que factores de la unidad médica no favorables, tuvieron una frecuencia de 99 con una proporción de 94.7% y las mujeres con factores favorables, tuvieron una frecuencia de 17 con una proporción de 5.3%, para el grupo de mujeres sin destete temprano, las mujeres con factores no favorables, tuvieron una frecuencia de 108, con una proporción de 85.3% y las mujeres con factores favorables, tuvieron una frecuencia de 6 con una proporción de 14.7%, el valor de RP fue de 0.90 con un valor de P de 0.18.

(Tabla y Grafico 23)

Para la variable factores empresa, se encontró en el grupo de mujeres con destete temprano que factores empresa no favorables, tuvieron una frecuencia de 23 con una proporción de 26.3% y las mujeres con factores favorables, tuvieron una frecuencia de 93 con una proporción de 73.7%, para el grupo de mujeres sin destete temprano, las mujeres con factores no favorables, tuvieron una frecuencia de 30 con una proporción de 20.0% y las mujeres con factores favorables, tuvieron una frecuencia de 84 con una proporción de 80.0%, el valor de RP fue de 0.75 con un valor de P de .243

(Tabla y Grafico 24)

X. DISCUSIÓN

En este estudio, la prevalencia de la edad resulto en un 66.0% en mujeres mayores de 20 años con destete temprano así mismo en el grupo de sin destete temprano se obtuvo una prevalencia de 76.0%. Del grupo de mujeres con destete temprano con edad menor de 20 años se obtuvo un RP de 1.42, con una P no significativa, lo que significa que las mujeres menores de 20 años tienen 1.42 veces más de probabilidad de desarrollar destete temprano que aquellas mujeres con edad mayor de 20 años, siendo la variable edad menor de 20 años un factor de riesgo para desarrollar destete temprano, concordando con lo referente en la literatura como lo menciona Delgado y cols en su artículo Prevalencias y Causas de Abandono de la Lactancia Materna .

(

El estado civil en mujeres con destete temprano tuvo una prevalencia de 75.4% así mismo en el grupo de sin destete temprano se obtuvo una prevalencia de 74.1%. Del grupo de mujeres con destete temprano con estado civil solteras se obtuvo un RP de 1.05 con una P no significativa, lo que significa que las mujeres solteras tienen 1.05 más probabilidad de desarrollar destete temprano que aquellas mujeres en estado civil casadas, siendo la variable soltera un probable factor de riesgo para desarrollar destete temprano, solteras concordando con la literatura revisada, mencionando Delgado y cols en su artículo Prevalencias y causas de abandono de Lactancia Materna

(Tabla y Grafico 2)

La prevalencia en escolaridad, resulto en el nivel primaria con un 84.2% del grupo de mujeres con destete temprano y un 84.5% en nivel primaria del grupo de mujeres sin destete temprano. Se obtuvo un RP de 1.00, lo que significa no haber existencia de correlación clínica, ya que el valor de la RP es la unidad, no concordando con la literatura revisada, mencionando Delgado y cols en su artículo Prevalencias y causas de abandono de la Lactancia Materna.

(Tabla y Grafico 3)

La ocupación de las mujeres con destete temprano, tuvo una prevalencia de 56.1% el ser empleado en el grupo de las mujeres con destete temprano y un 63.8% el dedicarse al hogar en el grupo de las mujeres sin destete temprano. Del grupo de mujeres con destete temprano con ocupación se obtuvo un RP de 0.46, una P no significativa, lo que quiere decir que la ocupación, puede ser un factor de protección para no desarrollar destete temprano no concordando con Navarro y Estrella en su artículo Factores que influyen en el abandono temprano de la Lactancia Materna.

(Tabla y Grafico 4)

El tener de 1 a 2 embarazos en mujeres con destete temprano tiene una prevalencia de un 62.3%, seguido de un 62.0% en el grupo de mujeres sin destete temprano, Del grupo de mujeres con destete temprano con 1 o 2 embarazos se obtuvo de una RP de 0.90, lo que significa no haber existencia de correlación clínica ya que el valor de la RP es muy cercano a la unidad, con una P no significativa, no concordando con Navarro—Estrella en su artículo Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia (Tabla y Grafico 5)

El control prenatal de las mujeres con destete temprano tuvo una prevalencia de 89.5% el sí haber llevado control prenatal en mujeres con destete temprano y de igual manera un 56.0% del grupo de sin destete temprano. Del grupo de mujeres con destete temprano con control prenatal se obtuvo un RP de 0.82, una P no significativa lo que quiere decir que el tener control prenatal puede ser un factor de protección para no desarrollar destete temprano concordando con Delgado Beecerra y cols en su artículo Prevalencia y Causas de abandono de Lactancia Materna

(Tabla y Grafico 6)

La decisión para lactar de las mujeres con destete temprano tuvo una prevalencia de 94.7% el si haber tenido decisión para lactar antes del nacimiento de su hijo y un 95.7% de igual manera en el si haber tenido decisión para lactar antes del nacimiento de su hijo en mujeres sin destete temprano. Del grupo de mujeres con destete temprano con decisión para lactar antes del nacimiento se obtuvo un RP de 0.82, una P no significativa lo que quiere decir que la decisión para lactar es un factor de protección para no desarrollar destete temprano concordando con Delgado Becera y col en su artículo Prevalencia y Causas de abandono de Lactancia Materna.

(Tabla y Grafico 7)

El haber recibido consejos en relación a lactancia materna, en mujeres con destete temprano tuvo una prevalencia de 74.6%, así mismo en el grupo de sin destete temprano se obtuvo una prevalencia 81.9%. Del grupo de mujeres con destete temprano que no recibieron consejos en relación a la lactancia materna se obtuvo un RP de 1.10 con una p no significativa; lo que significa que las mujeres que no recibieron consejos en relación a lactancia materna, tiene 1.10 más veces de probabilidad de desarrollar un destete temprano que aquellas que si recibieron consejos en relación a lactancia materna, siendo la variable de no recibir consejos en relación a la lactancia materna como un probable factor de riesgo para desarrollar destete temprano, concordando con Betancurth en su artículo Characterization of total Family risk in families of breastfeeding women.

(Tabla y Grafico 8)

El método de planificación familiar de las mujeres estudiadas con destete temprano que predominó fue el uso de hormonales y/o preservativo, en un 61.4%, en el grupo de mujeres con destete temprano, seguido de un 51.7% de las mujeres que usaron DIU en el grupo de sin destete temprano, con un RP de 0.79, y una P no significativa, lo que quiere decir que el método de planificación familiar con hormonales y/o preservativo, puede ser un factor de protección para no desarrollar destete temprano, no concordando con Cenadaas JM cols en su artículo Maternal and Perinatal Factors Influencing the Duration of Exclusive Breastfeeding During the 6 Months.

(Tabla y Grafico 9)

La duración de la lactancia de las mujeres estudiadas con destete temprano (menos de 4 meses) predominó en un 44.0% y sin destete temprano (4 meses o más) predominó en un 38.0%, lo que significa, lo que significa que el número de mujeres que entraron en el estudio se encontraron en esta condición.

(Tabla y Grafico 10)

El motivo de abandono de la lactancia materna por parte de la madre en las mujeres con destete temprano, predominó en un 29.7% por la falta de leche seguido de un 24.0% por causas voluntarias, enfermedad en un 20.1%, actividad laboral o estudiantil en un 19.2%, alteraciones anatómicas del pezón en un 7.0% y según la literatura establece que la causa principal o motivo para abandono de la lactancia materna por parte de la madre es la falta de leche según Pinilla E. Orozco y cols en su artículo Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados, concordando con el autor.

(Tabla y Grafico 11)

El tiempo que pasó para dar lactancia materna después de nacido su hijo de las mujeres con destete temprano tuvo una prevalencia de 62.3% inmediatamente, seguido de un 60.3% en las mujeres sin destete temprano con una RP de 1.05 y una P no significativa, lo que significa que las mujeres quienes dieron a sus hijos lactancia materna después de 30 a 60 minutos después de nacido, tiene 1.05 más veces de probabilidad de desarrollar destete temprano que aquellas que dieron lactancia materna inmediatamente a sus hijos, siendo la variable el dar lactancia materna de 30 a 60 minutos después de nacido un probable factor de riesgo para desarrollar destete temprano, concordando con Leyva-Pacheco quien en su artículo Patrones de Lactancia en Tijuana menciona que es importante el tiempo que transcurre para dar lactancia materna, un factor condicionante de destete temprano.

(Tabla y Grafico 12)

El tipo de resolución del embarazo de las mujeres estudiadas con destete temprano que predominó con un 63.2% fue el parto, seguido de un 67.2% de la misma manera sin destete temprano, se obtuvo RP de 0.89, una P no significativa lo que quiere decir que el tipo de resolución del embarazo tipo parto puede ser un factor de protección para no desarrollar destete temprano, concordando con Delgado Becerra en su artículo Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de tercer nivel en atención.

(Tabla y Grafico 13)

El peso al nacer de su hijo de las mujeres estudiadas con destete temprano que predominó fue de 2.500 a 3.000 kg con un 59.6%, seguido de un 53.4% Sin destete se obtuvo una RP de 0.89, una P no significativa lo que quiere decir que el peso al nacer de 2.500 a 3.000 kg de hijo puede ser un factor de protección para no desarrollar destete temprano, no concordando con Pinilla y cols en su artículo Lactancia materna ineficaz.

(Tabla y Grafico 14)

Respecto al motivo de abandono de lactancia por parte del hijo de las mujeres estudiadas que predominó fue el 65.7% con otras causas de entre las cuales se enlistan: malformaciones en el área bucal, así como cavidad oral pequeña, seguido de un 13.1% él no se llena, 7.8% enfermedades, 6.1% incorporación al círculo infantil, 5.3 rechazo del niño y ninguna causa 2.0%, no concordando con Pinilla y cols en su artículo Lactancia Materna Ineficaz prevalencia y factores asociados.

(Tabla y Grafico 15)

El tener un consumo de 1 a 4 latas de fórmula láctea por semana en mujeres con destete temprano, tiene una prevalencia de 55.2%, seguido de un 55.2% en el grupo de mujeres sin destete temprano, se obtuvo un RP de 0.92, lo que significa no haber existencia de correlación clínica ya que el valor de la RP es muy cercano a la unidad, no concordando con Paganini et al, quien menciona en su artículo El amamantamiento y los motivos de su abandono que una causa para el desarrollo de destete temprano es el uso indiscriminado de alimentación artificial conjunto a lactancia materna, siendo un factor que por las condiciones de facilidad para la madre e ideología propia terminan sustituyendo la lactancia materna antes del periodo de los seis meses del nacimiento de su hijo.

(Tabla y Grafico 16)

El gasto promedio generado por consumo de fórmula láctea por semana en las mujeres estudiadas con destete temprano es de 59.6% de \$ 50.00 a \$ 3.500, seguido de 40.4% de \$ 0.00-49. Sin destete temprano es de 55.2% de \$ 50.00 a \$ 3.500, seguido de 44.8% de \$ 0.00-49

(Tabla y Grafico 17)

La jerarquía familiar de las mujeres estudiadas con destete temprano que predominio fue de un 59.6% tipo compartida, seguida de 66.4% compartida en mujeres sin destete temprano. Del grupo de mujeres con destete temprano con jerarquía compartida se obtuvo un RP de 0.83, una P no significativa, lo que quiere decir que la jerarquía compartida puede ser un factor de protección para no desarrollar destete temprano, concordando con Garfias Barrera y cols en su artículo Factores de riesgo maternos y familiares que influyen en el abandono de la lactancia materna

(Tabla y Grafico 18)

Los límites familiares de las mujeres estudiadas con destete temprano que predominio con un 55.3% fueron límites claros, seguidos de 50.9% límites difusos en pacientes sin destete temprano. Del grupo de mujeres con destete temprano con límites difusos se obtuvo un RP de 1.14, con una p no significativa, lo que significa que las mujeres con límites familiares difusos tienen 1.14 más veces de probabilidad de desarrollar un destete temprano que aquellas con límites claros, siendo la variable límites difusos como un probable factor de riesgo para desarrollar destete temprano, y de acuerdo con el autor Montalvo Reyna y cols en su artículo comparación del grado de disfuncionalidad de la estructura de las familias hace referencia que los límites que deben de prevalecer en todas las familias son claros y flexibles en todos los subsistemas para satisfacer sus necesidades psicológicas, siendo causante de evitar desequilibramientos en la familia, en este estudio se observó que a pesar de existir una prevalencia alta en relación a los límites claros encontrados en los dos grupos, predominio más en el destete temprano, por lo que subjetivamente la presencia o no de límites condiciona al desarrollo o continuación de actitudes o condiciones tomadas .

(Tabla y Grafico 19)

La tipología familiar según fase o ciclo vital de las mujeres estudiadas con destete temprano que predominio fue un 94.7% en etapa de expansión, seguido de un 93.1% de las mujeres estudiadas sin destete temprano. Del grupo de mujeres con tipología familiar según fase de ciclo vital se obtuvo un RP de 0.98, lo que significa no haber existencia de correlación clínica ya que el valor de la RP es muy cercano a la unidad, con una P no significativa, no concordando según la literatura consultada Brukmer en su artículo Lactar es amar, conocer cuidar y mantener la fuente natural de alimentación hacer referencia que un factor de riesgo para desarrollo de destete temprano es encontrarse en etapa de ciclo vital expansión, ya que es demandante la carga de trabajo para una mujer en esta etapa por el número de hijos y responsabilidades determinadas que demandan cada uno, por lo que se observó en el estudio fue un predominio en la etapa de expansión siendo de alguna manera concordante con el autor.

(Tabla y Grafico 20)

El conocimiento de lactancia materna de las mujeres estudiadas con destete temprano que predominio fue con un 56.1% el conocimiento inadecuado, seguido de un 51.7% con un conocimiento adecuado. Del grupo de mujeres con destete temprano que tuvieron conocimiento adecuado de lactancia materna se obtuvo un RP de 1.18 con una p no significativa, lo que significa que las mujeres con conocimiento adecuado de lactancia

materna tienen 1.18 más veces de probabilidad de desarrollar destete temprano que aquellas con conocimiento inadecuado en relación a lactancia materna, siendo la variable conocimiento inadecuado de lactancia materna como un probable factor de riesgo para desarrollar destete temprano, concordando con la literatura estudiada se hace referencia por el autor Gutiérrez y cols en su artículo nivel de conocimiento sobre la lactancia materna, el tener un conocimiento inadecuado en relación a la lactancia materna, aumenta la aparición de destete temprano .

(Tabla y Grafico 21)

Los factores comunidad de las mujeres estudiadas con destete temprano que predominó fue en un 89.0% favorables, seguido de un 86.0% no favorable en pacientes sin destete temprano. Del grupo de mujeres con destete temprano con factores comunidad no favorables se obtuvo un RP de 0.53, una P no significativa, lo que quiere decir que los factores comunidad favorables pueden ser un factor de protección para no desarrollar destete temprano, según literatura estudiada se refiere por Leung Tf et al en su artículo Socodemoographic and atopic factor affectiing breastfeeding intention in Chinesse mothers que existe un grado alto en los factores de la comunidad cuando no son favorables para desarrollar destete temprano ya que se ve que influyen en la práctica de la lactancia materna, sin embargo por los datos que se obtuvieron se puede mencionar que no se concuerda con el autor.

(Tabla y Grafico 22)

Los factores unidad médica de las mujeres estudiadas con destete temprano que predominó fue con un 94.7% no favorable, seguido de un 85.3% de la misma manera pero sin destete temprano. Del grupo de mujeres con destete temprano con factores no favorables se obtuvo un RP de 0.90, lo que significa no haber existencia de correlación clínica ya que el valor de la RP es muy cercano a la unidad, con una P no significativa, concordando según la literatura estudiada Navarro et al en su artículo Factores que influyen en el destete temprano, refieren que existe mayor riesgo de presentar destete temprano cuando el predominio de factores presentados en mayor prevalencia es no favorable.

(Tabla y Grafico 23)

Los factores empresa de las mujeres estudiadas con destete temprano que predominó fue con un 73.7% favorable, seguido de un 80.0% siendo de igual manera favorable en mujeres sin destete. Del grupo de mujeres con destete temprano con factores empresa no favorables se obtuvo un RP de 0.75, una P no significativa lo que quiere decir que los factores empresa no favorables pueden ser un factor de protección para no desarrollar destete temprano, no concordando según la literatura estudiada, Navarro Estrella y cols en su artículo Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras refieren que la existencia no favorable de factores empresa, condiciona la aparición de destete temprano, ya que según su ocupación repercute la duración excesiva de la jornada de trabajo, el predominio de actividades físicas en su ocupación y la carencia de facilidades para hacer más flexible la jornada, así como el momento de reincorporación posparto al trabajo.

(Tabla y Grafico 24)

X. CUADROS Y GRÁFICOS

Tabla 1

Distribución de frecuencia de la edad de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores

EDAD DE LA MADRE	CON DESTETE TEMPRANO		SIN DESTETE TEMPRANO		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
Menor de 20 años	39	33.6	27	24.0	66	100	1.42 (0.92- 2.15)	.096
Mayor de 20 años	77	66.4	87	76.0	164	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

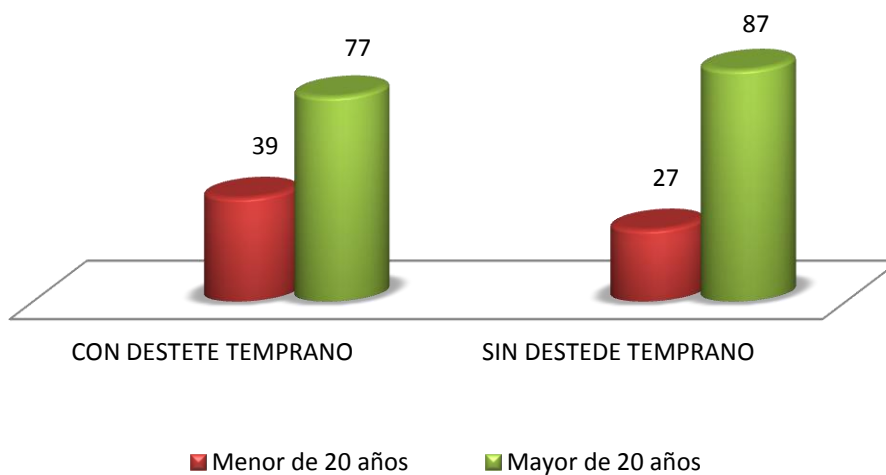
individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 1

Distribución grafica de la frecuencia de la edad de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Edad de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 1

Tabla 2

Distribución de frecuencia del estado civil de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

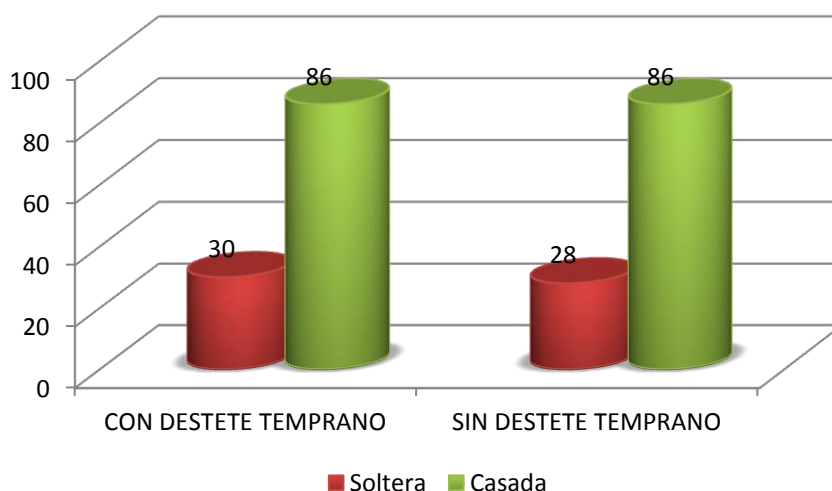
Estado Civil	CON DESTETE TEMPRANO		SIN DESTETE TEMPRANO		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
Soltera	30	24.6	28	25.9	58	100	1.05 (0.07- 1.64)	.820
Casada	86	75.4	86	74.1	172	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 2

Distribución grafica de la frecuencia del estado civil de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Estado Civil de las mujeres de 0-4 años de edad con destete temprano vs Sin destete temprano



Fuente: Tabla 2

Tabla 3

Distribución de frecuencia de la escolaridad de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

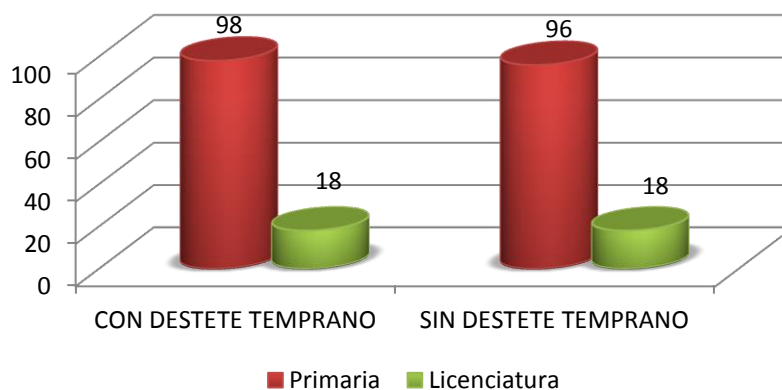
ESCOLARIDAD	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
Primaria	98	84.2	96	84.5	194	100	1.00 (0.90-1.12)	.955
Licenciatura	18	15.8	18	15.5	36	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 3

Distribución grafica de la frecuencia de la escolaridad de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Escolaridad de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 3

Tabla 4

Distribución de frecuencia de la ocupación de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

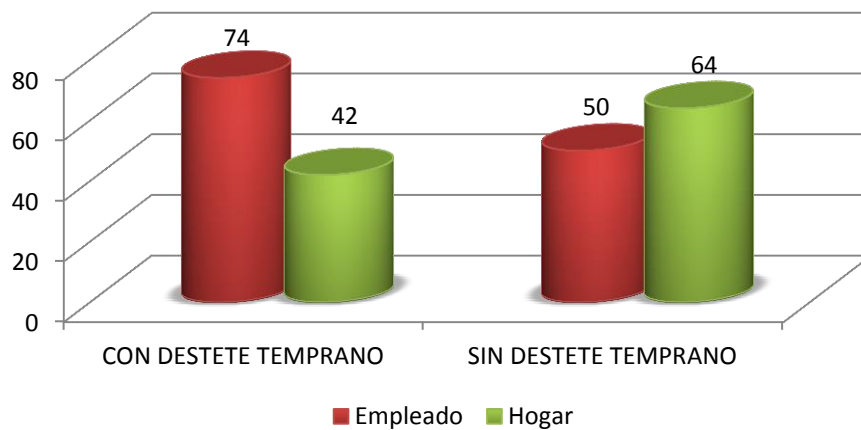
OCUPACION	CON DESTETE TEMPRANO		SIN DESTETE TEMPRANO		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
Empleado	74	56.1	50	36.2	124	100	0.46 (0.36-0.61)	.002
Hogar	42	43.9	64	63.8	106	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 4

Distribución grafica de la ocupación de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Ocupación de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 4

Tabla 5

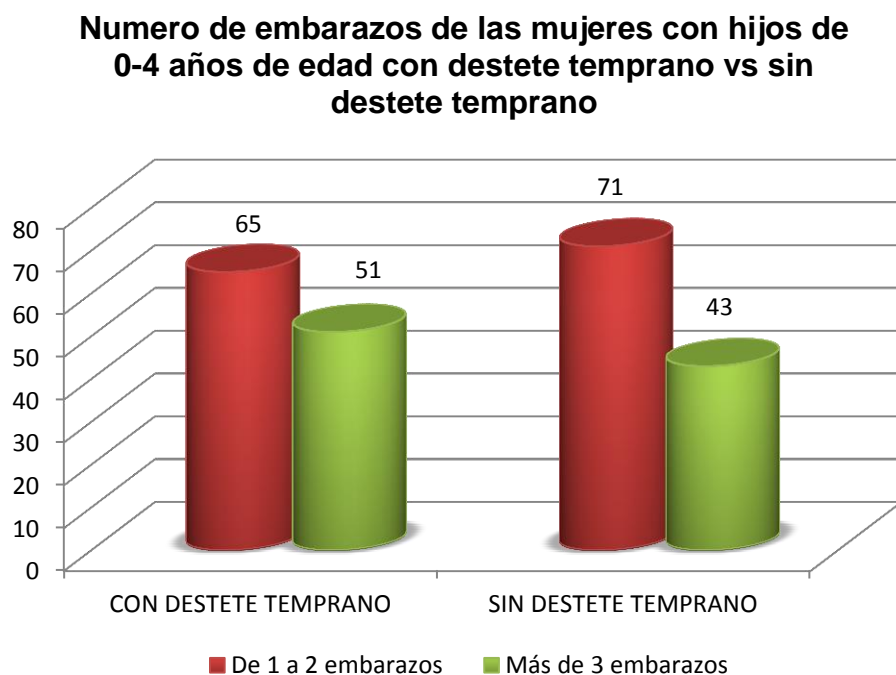
Distribución de frecuencia del número de embarazos de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

NUMERO DE EMBARAZOS	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
De 1 a 2 embarazos	65	62.3	71	62.0	136	100	0.90 (0.73-1.12)	.335
Más de 3 embarazos	51	37.7	43	38.0	94	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 5

Distribución gráfica del número de embarazos de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013



Fuente: Tabla 5

Tabla 6

Distribución de frecuencia del control prenatal de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

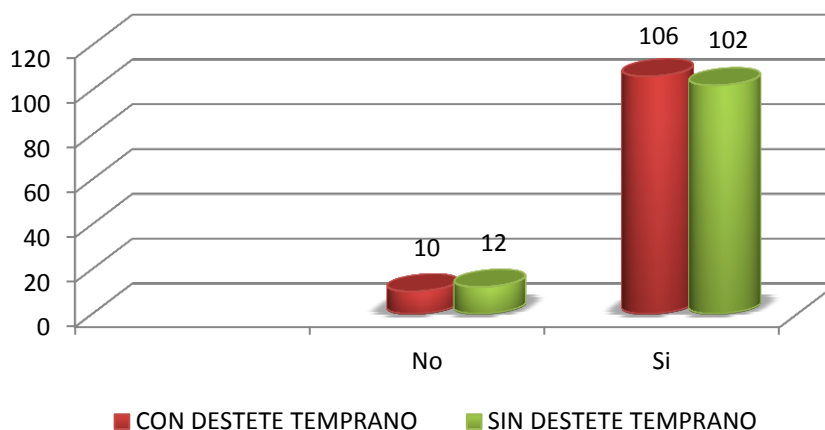
CONTROL PRENATAL	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
No	10	10.5	12	44.0	22	100	0.82 (0.37-1.82)	.623
Si	106	89.5	102	56.0	208	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 6

Distribución gráfica del control prenatal de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Control prenatal de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 6

Tabla 7

Distribución de frecuencia de la decisión para lactar antes del nacimiento de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

DECISION PARA LACTAR ANTES DEL NACIMIENTO	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
NO	5	5.3	6	4.3	11	100	0.82 (0.26-2.61)	.735
SI	111	94.7	108	95.7	219	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 7

Distribución grafica de la decisión para lactar antes del nacimiento de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Decision para lactar antes del nacimiento de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 7

Tabla 8

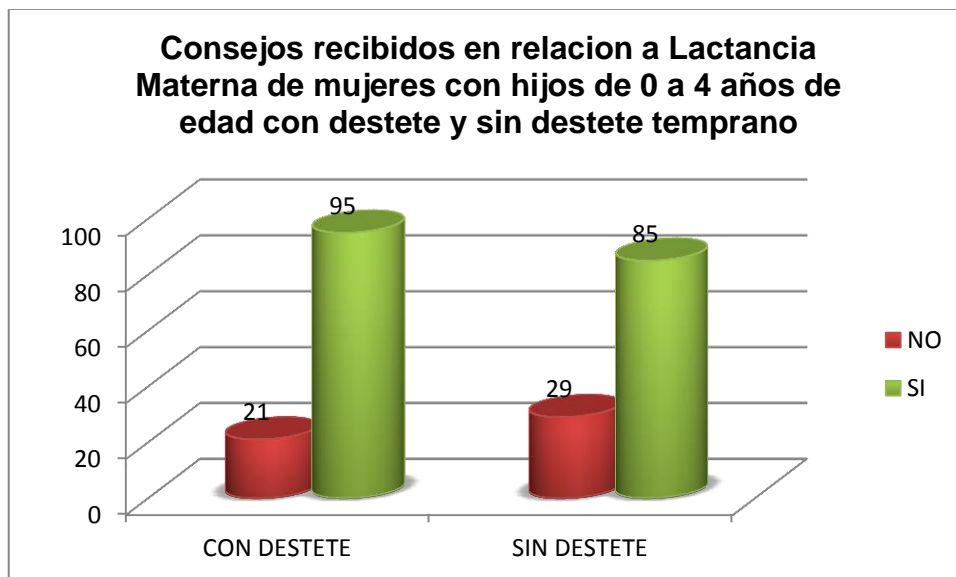
Distribución de frecuencia de haber recibido consejos en relación a Lactancia Materna de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

RECIBIO CONSEJOS EN RELACION A LACTANCIA MATERNA	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
NO	21	25.4	29	18.1	50	100	1.10 (0.96-1.26)	.178
SI	95	74.6	85	81.9	180	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 8

Distribución grafica de haber recibido consejos en relación a Lactancia Materna de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013



Fuente: Tabla 8

Tabla 9

Distribución de frecuencia del Método de Planificación Familiar usado en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

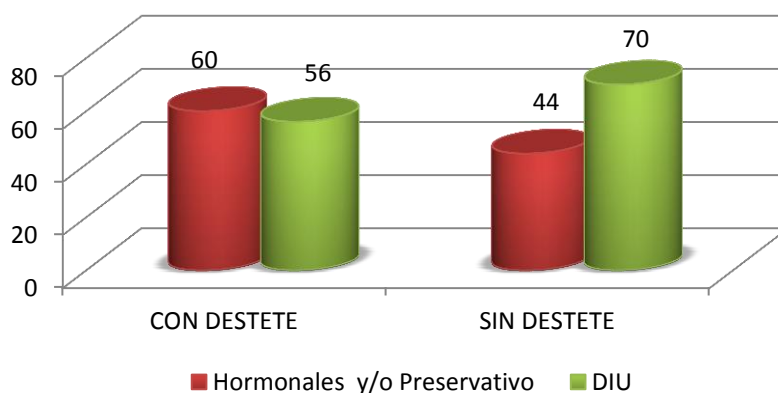
USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR ACTUAL	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
Hormonales y/o Preservativo	60	61.4	44	48.3	126	100	0.79 (0.62-1.00)	0.96
DIU	56	38.6	70	51.7	104	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 9

Distribución grafica de uso de Método de Planificación Familiar de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Método de Planificación Familiar de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 9

Tabla 10

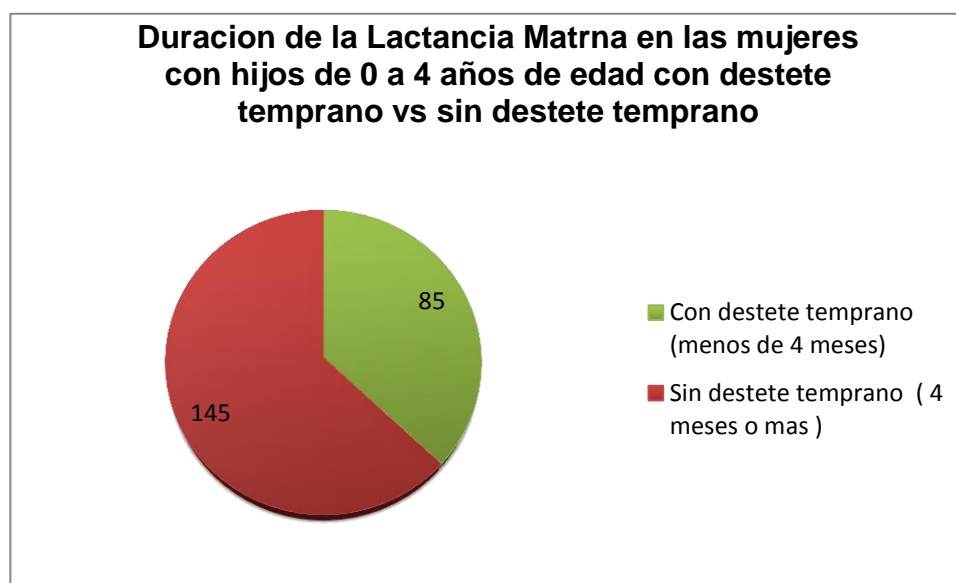
Distribución de frecuencia de la duración de Lactancia Materna de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

Duración de la lactancia materna	N	%
Con destete temprano (menos de 4 meses)	85	37.0%
Sin destete temprano (4 meses o mas)	145	63.0 %
Total	230	100

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 10

Distribución grafica de la duración de Lactancia Materna de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013



Fuente: Tabla 10

Tabla 11

Distribución de frecuencia del motivo de abandono de la Lactancia Materna por parte de la madre de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

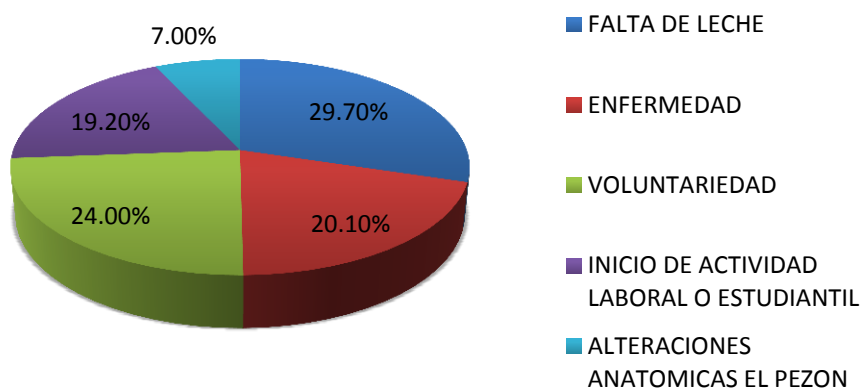
MOTIVO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA POR PARTE DE LA MADRE	n	%	TOTAL
FALTA DE LECHE	34	29.7	34
ENFERMEDAD	23	20.1	23
VOLUNTARIEDAD	27	24.0	27
INICIO DE ACTIVIDAD LABORAL O ESTUDIANTIL	22	19.2	22
ALTERACIONES ANATOMICAS EL PEZON	8	7.0	8
Total	114	100	114

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 11

Distribución gráfica del motivo de abandono de la Lactancia Materna de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Abandono de la Lactancia Materna de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete temprano



Fuente: Tabla 11

Tabla 12

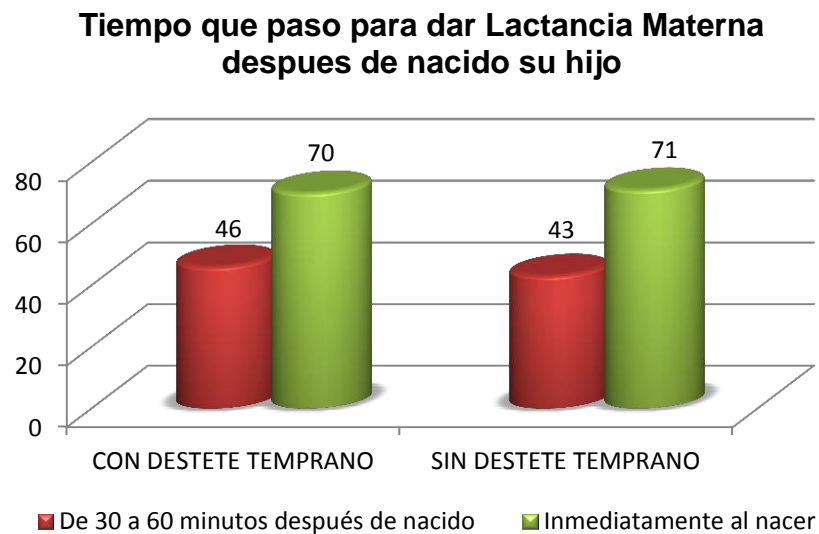
Distribución de frecuencia del tiempo que paso para iniciar la Lactancia Materna después de nacido hijo de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

TIEMPO QUE PASO PARA INICIAR LA LACTANCIA MATERNA DESPUES DE NACIDO SU HIJO	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
De 30 a 60 minutos después de nacido	46	37.7	43	39.7	89	100	1.05 (0.76-1.46)	.763
Inmediatamente al nacer	70	62.3	71	60.3	141	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 12

Distribución gráfica del tiempo que paso para dar Lactancia Materna después de nacido su hijo de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013



Fuente: Tabla 12

Tabla 13

Distribución de la vía de obtención de nacimiento de su hijo de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

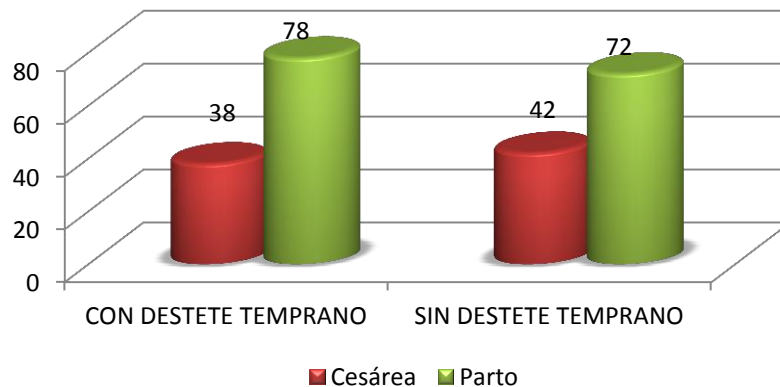
TIPO DE PARTO COMO SE OBTUVO SU HIJO	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
Cesárea	38	36.8	42	32.8	80	100	0.89 (0.62-1.27)	.516
Parto	78	63.2	72	67.2	150	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 13

Distribución grafica de la vía de obtención del nacimiento de su hijo de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Tipo de parto como se obtuvo su hijo de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 13

Tabla 14

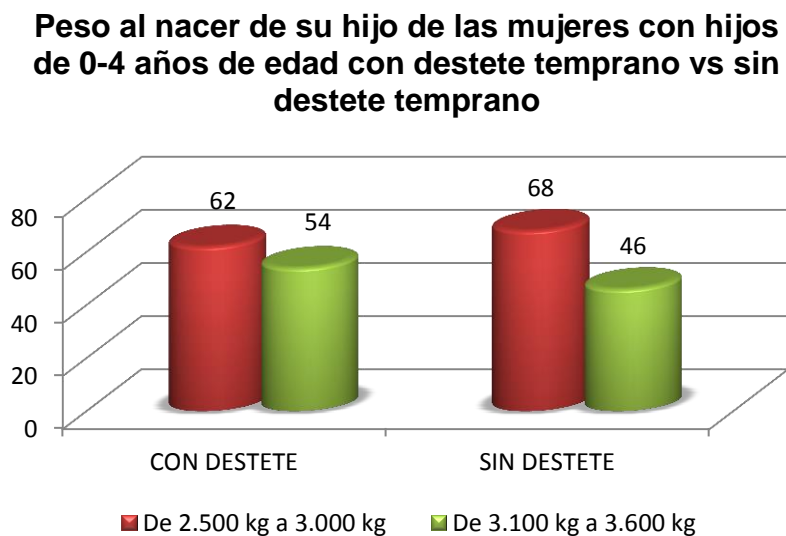
Distribución del peso al nacer de su hijo de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

PESO DE SU HIJO AL NACER	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
De 2.500 kg a 3.000 kg	62	59.6	68	53.4	130	100	0.89 (0.62-1.27)	.343
De 3.100 kg a 3.600 kg	54	40.4	46	46.6	100	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 14

Distribución gráfica del peso al nacer de su hijo mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013



Fuente: Tabla 14

Tabla 15

Distribución del motivo de abandono de la Lactancia Materna por parte del hijo de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

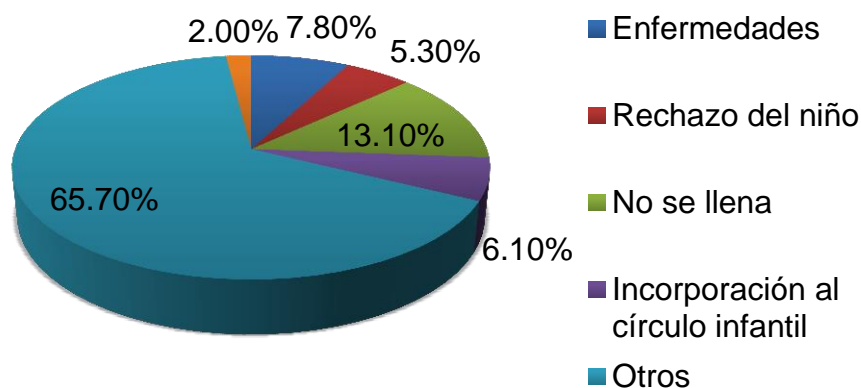
MOTIVO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA POR PARTE DEL HIJO	n	%
Enfermedades	9	7.8
Rechazo del niño	6	5.3
No se llena	15	13.1
Incorporación al círculo infantil	7	6.1
Otros	75	65.7
No sé	2	2.0
Total	114	100

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 15

Distribución gráfica del motivo de abandono de la Lactancia Materna por parte del hijo de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Motivo de abandono de la Lactancia Materna por parte del hijo de las mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete temprano



Fuente: Tabla 15

Tabla 16

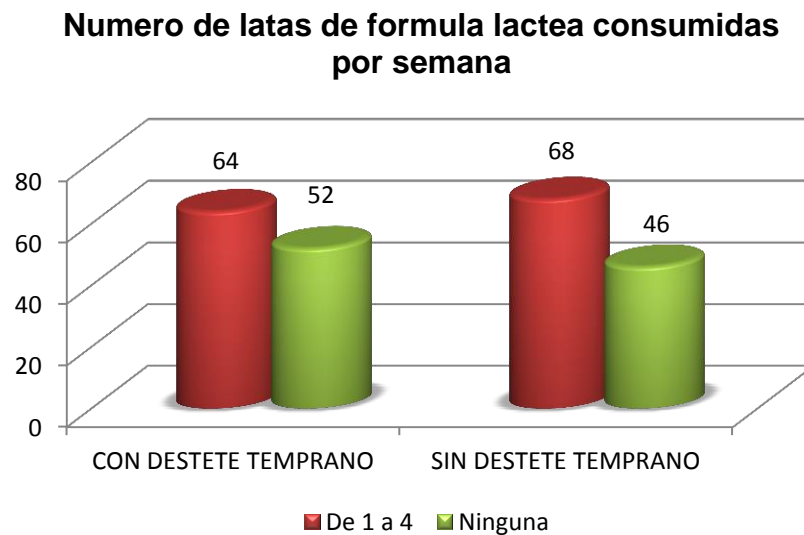
Distribución del número de latas de formula láctea consumida por semana de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

NUMERO DE LATAS DE FORMULA LACTEA CONSUMIDAS POR SEMANA	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
De 1 a 4	64	55.2	68	55.2	132	100	0.92 (0.74-1.16)	.492
Ninguna	52	44.8	46	44.8	98	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 16

Distribución gráfica del número de latas de formula láctea consumida por semana de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013



Fuente: Tabla 16

Tabla 17

Distribución del gasto promedio generado por consumo de formula láctea por semana de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

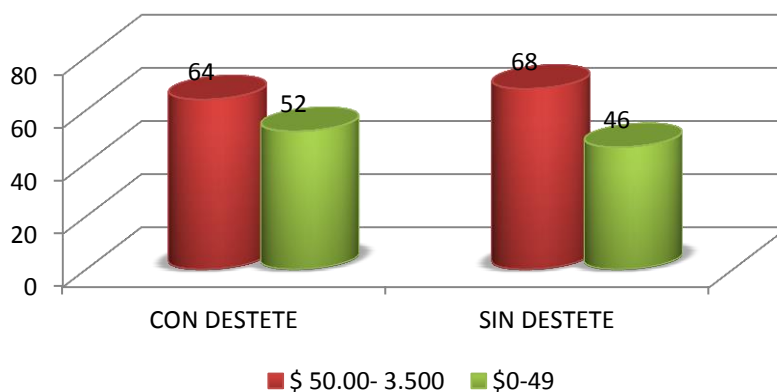
GASTO PROMEDIO GENERADO POR CONSUMO DE FORMULA LACTEA POR SEMANA	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
\$ 50.00- 3.500	64	59.6	68	55.2	132	100
\$0-49	52	40.4	46	44.8	98	100
Total	116	100	114	100	230	100

Fuente: Cuestionario factores individuales

Grafica 17

Distribución gráfica del gasto promedio generado por el consumo de formula láctea por de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores individuales, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Gasto promedio generado por el consumo de formula lactea de las mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano



Fuente: Tabla 17

Tabla 18

Distribución del tipo de jerarquía familiar de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de estructura familiar, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

JERARQUIA FAMILIAR	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
Un solo padre	39	40.4	46	33.6	85	100	0.83 (0.59-1.17)	.290
Compartida	77	59.6	68	66.4	145	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario estructura familiar

Grafica 18

Distribución gráfica del tipo de jerarquía familiar de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de estructura familiar, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Tipo de jerarquía familiar de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 18

Tabla 19

Distribución del tipo de límites de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de estructura familiar, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

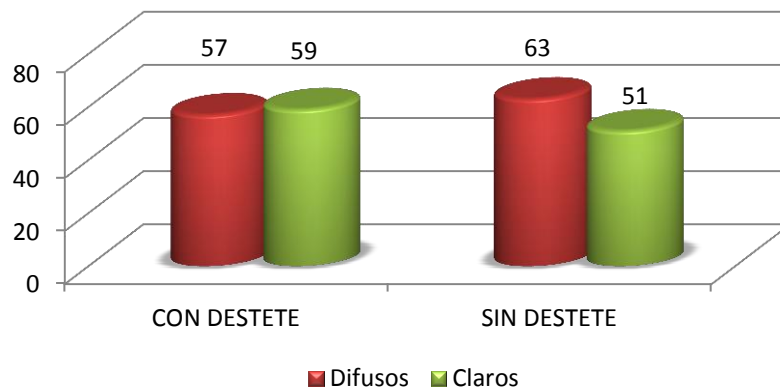
LÍMITES FAMILIARES EXISTENTES	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
Difusos	57	44.7	63	50.9	120	100	1.14 (0.87-1.49)	.352
Claros	59	55.3	51	49.1	110	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario estructura familiar

Grafica 19

Distribución gráfica del tipo de límites de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de estructura familiar, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Tipo de límites familiares de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 19

Tabla 20

Distribución de la tipología familiar según ciclo vital familiar de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de factores de relaciones durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

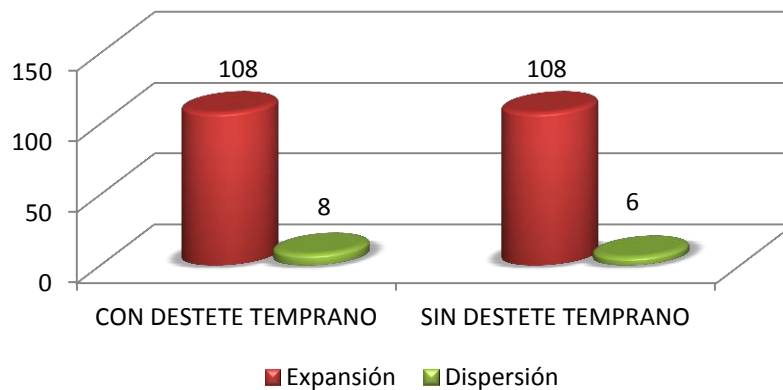
TIPOLOGIA FAMILIAR SEGUN CICLO VITAL FAMILIAR	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
Expansión	108	94.7	108	93.1	216	100	0.98 (0.92-1.05)	.604
Dispersión	8	5.3	6	6.9	14	100		
Total	114	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario de factores de relaciones

Grafica 20

Distribución grafica de la tipología familiar según ciclo vital familiar de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de estructura familiar, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Tipología Familiar de las mujeres con hijo de 0- 4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 20

Tabla 21

Distribución de conocimientos en relación a Lactancia Materna de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de conocimientos lactancia materna, durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

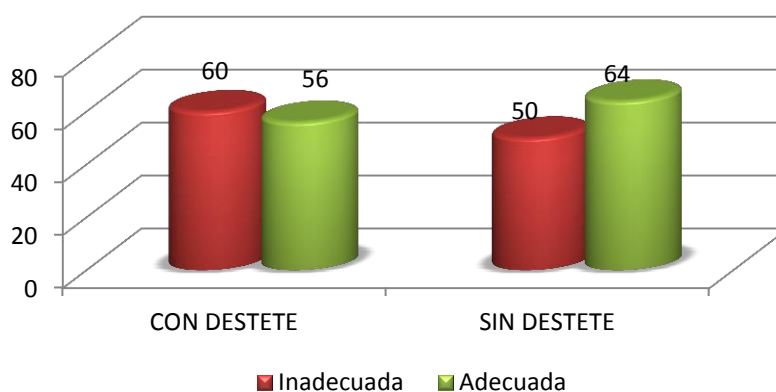
CONOCIMIENTOS LACTANCIA MATERNA	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
Inadecuada	60	56.1	50	48.3	110	100	1.18 ((0.90-1.55))	.233
Adecuada	56	43.9	64	51.7	120	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario de factores de relaciones

Grafica 21

Distribución gráfica del tipo de conocimientos en relación a Lactancia Materna de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario de conocimientos lactancia materna, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Conocimientos en relación a Lactancia Materna de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 21

Tabla 22

Distribución de Factores de la comunidad de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de ámbito de relaciones durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

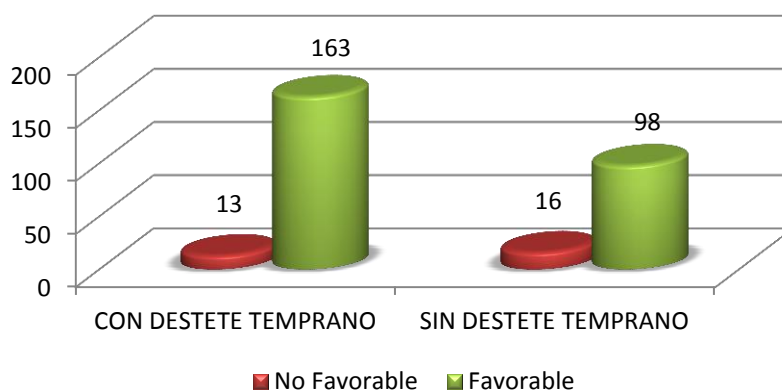
FACTORES DE LA COMUNIDAD	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	N	%	n	%	n	%		
No Favorable	13	11.0	16	14.0	29	100	0.53 (0.26-1.05)	.518
Favorable	103	89.0	98	86.0	201	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario ámbitos de relaciones

Grafica 22

Distribución grafica de Factores de la comunidad de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario ámbito de relaciones, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Factores de la comunidad de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 22

Tabla 23

Distribución de Factores de la Unidad Médica de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de ámbito de relaciones durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

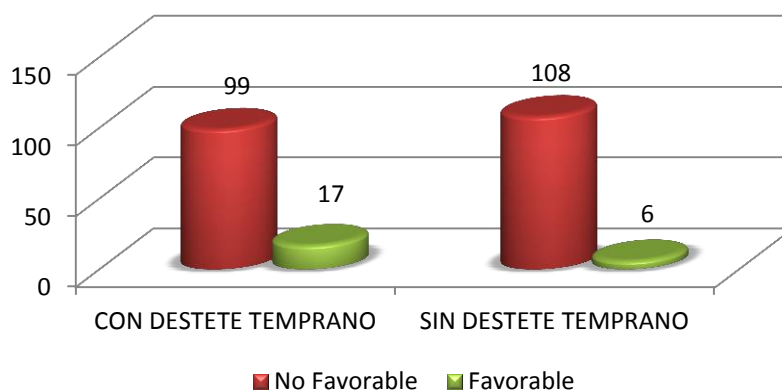
FACTORES DE LA UNIDAD MEDICA	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
No Favorable	99	94.7	108	85.3	207	100	0.90 (083-0.98)	0.18
Favorable	17	5.3	6	14.7	23	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario ámbitos de relaciones

Grafica 23

Distribución grafica de Factores de la Unidad Médica de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario ámbito de relaciones, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Factores de la Unidad Medica de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 23

Tabla 24

Distribución de Factores Empresa de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64 que contestaron el cuestionario de ámbito de relaciones durante el periodo de Marzo a Agosto del 2013

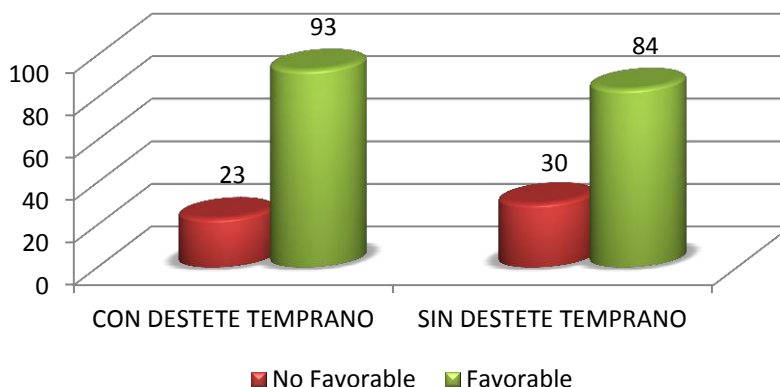
FACTORES EMPRESA	CON DESTETE		SIN DESTETE		TOTAL		RP (IC)	VALOR DE P
	n	%	n	%	n	%		
No Favorable	23	26.3	30	20.0	53	100	0.75 (0.47-1.21)	.243
Favorable	93	73.7	84	80.0	117	100		
Total	116	100	114	100	230	100		

Fuente: Cuestionario ámbitos de relaciones

Grafica 24

Distribución grafica de Factores Empresa de mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de UMF 64 que contestaron el cuestionario ámbito de relaciones, durante el periodo Marzo a Agosto 2013

Factores Empresa de las mujeres con hijos de 0-4 años de edad con destete temprano vs sin destete temprano



Fuente: Tabla 24

XI. CONCLUSIONES

Se observó en este estudio que dentro de las características como factores individuales para favorecer un destete temprano, se encontraron:

- Mujeres con edad mayor a 20 años de edad, con estado civil casadas,, sin haber llevado consejos en relación a lactancia materna, con un tiempo que paso para dar lactancia materna de 30 a 60 minutos, con limites familiares difusos y con conocimiento inadecuado en relación a lactancia materna.
-

Dentro de los factores de relaciones se pudo observar que para favorecer un destete temprano, las mujeres se encontraban, con limites difusos, , así como conocimientos inadecuados en relación a Lactancia materna.

Se encontraron factores de riesgo probables para favorecer el destete temprano en base al cálculo de RP tales como:

- La edad menor de 20 años, con un RP de 1.42
- El estado civil soltera, con un RP de 1.05
- El NO haber recibido consejos de lactancia materna con un RP de 1.10
- Los limites familiares difusos con un RP de 1.14
- El tiempo que pasó, siendo después de 30 a 60 minutos de nacido para dar lactancia materna después de nacido su hijo con un RP de 1.05

Así también se encontraron factores protectores en base al cálculo de RP tales como:

- La ocupación como el ser ama de casa con un RP de 0.46
- El haber llevado un control prenatal con un RP de 0.82
- El si haber tenido decisión para lactar antes del nacimiento con un RP de 0.82
- El uso de método de planificación familiar actual con DIU, con un RP de 0.79
- La vía de resolución de nacimiento de su hijo, siendo el parto, con RP de 0.89
- El peso de su hijo al nacer de e 2.500 Kg. a 3.000 Kg., con un RP de 0.89

- La jerarquía familiar compartida con un RP de 0.83
- Los factores de la comunidad Favorables, con un RP de 0.53
- Los factores empresa Favorables, con un RP de 0.75

En el mundo globalizado, donde se interpone lo económico sobre los social, la familia queda recluida y relegada, por lo tal su bagaje cultural de igual manera, por lo que la función protectora de la familia se ve alterada por costumbres y cambios en la unidad familiar. Sin embargo durante el periodo de la Lactancia Materna, el rol que debe cumplir la familia es sumamente importante, ya que la familia proporcionará los elementos

necesarios para satisfacer las necesidades básicas, destacando entre ellas la seguridad, por la vulnerabilidad del binomio, por lo cual para una lactancia exitosa, los miembros de la familia deben desde el principio dar protección y confianza a la madre, así mismo se considera la Lactancia Materna como un factor de cohesión familiar, por lo que la familia influye de manera importante, por lo que si se encontrarse una familia con límites difusos o rígidos, con una jerarquía impartida por un solo padre, disfunción familiar importante así como el tener una familia extensa caería en una contraparte de cohesión familiar, delimitando problemas y el factor de riesgo importante para que se lleve a cabo un destete temprano. En el presente estudio no se reportaron alterados los límites, solo la jerarquía, siendo un causante probable de destete temprano.

Finalmente puedo concluir que mi hipótesis se cumplió en relación al estado civil, en relación a los límites siendo difusos, con consejos en relación a lactancia materna y al conocimiento inadecuado de lactancia materna y no se cumplió en relación a los factores generados, tales como la ocupación, ya que la ocupación predominante es el ser empleada, con un número de embarazos no significativo, con método de planificación familiar predominante a base de hormonales y/o preservativo, con control prenatal, con tipología familiar según ciclo vital no significativo, y jerarquía compartida así como un nivel de conocimientos adecuado.

XII. RECOMENDACIONES

En cuanto a este estudio considero que sería necesario aumentar el número de muestra y el tiempo de aplicación de los cuestionarios, si es que lo que se busca es conseguir que los valores de p sean significativos.

Considero que para cambiar la perspectiva de los valores obtenidos dentro de mis resultados se deberá tener influencia principalmente en médicos de primer nivel y su control de pacientes en periodo de embarazo de manera prenatal y posnatal, ya que no se hace hincapié de la importancia que tiene la lactancia materna, por lo cual se llega a modificar por diversas causas que hacen que exista un destete temprano.

Si médicos y equipo de salud estuvieran unidos en relación a dar importancia y auge a la lactancia materna, tomando en cuenta que es un proceso dinámico y óptimo para el crecimiento adecuado del recién nacido por sus propiedades nutricionales, anti infecciosas y biológicas, siendo la primera fuente nutritiva para el niño en los primeros 6 meses de vida se entendería que la lactancia materna es una fuente principal para mantenimiento del binomio, por lo que es necesario hacer notar la importancia que tiene como parte fundamental de la consulta diaria, por lo que es una prioridad que el médico familiar se encuentre actualizado y con amplio conocimiento en relación a lactancia materna y factores favorecedores para el destete temprano, podríamos contribuir a darle un giro completo a las consecuencias que conlleva el tener un destete temprano en el binomio y la familia.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Apple RD. Advertised by our loving friends: The infant formula industry and the creation of new pharmaceutical markets, 1870-1910. *J Hist Med Allied Sci* 1986; 41: 3-23.
2. Coates MM, Riordan J. Tides in Breastfeeding Practice. En: *Breastfeeding and Human Lactation*. Jan Riordan Ed. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2005: 3-29.
3. Walker M. Selling out mothers and babies: marketing of breast milk substitutes. Weston, MA: National Alliance for Breastfeeding Action; 2001.
4. Rea MF, Morrow AL. Protecting, promoting and supporting breastfeeding among woman in the labor force. En: Pickering LK, Morrow AL, Ruiz-Palacios GM, Schanler RJ, Eds. *Protecting Infants Through Human Milk: Advancing the Scientific Evidence. Advances in Experimental Medicine and Biology Series*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers; 2004: 121-132.
5. Cunninham AS, Jellife DB, Jellife EFP. Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review. *J Pediatr* 1991; 118(5): 659-666.
6. World Health Organization. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an Expert Consultation. 28-30 March 2001 Geneva. World Health Organization, 2002.
7. Betrán AP, de Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological Study of Effect of Breast Feeding on Infant Mortality in Latin America. *BMJ* 2001; 323: 303-306.
8. Macías-Carrillo C, Franco-Marina F, Long-Dunlap K, Hernández Gaytán SI, Martínez-López Y, López-Cervantes M. Breastfeeding and the incidence of acute diarrhea during the first three months of life. *Sal Pub Mex* 2005; 47(1): 49-57.
9. World Health Organization. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious disease in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2001; 355: 451-455.
10. Vittoz JP, Labarere J, Castell M, Durand M, Pons JC. Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. *Birth* 2004; 31(4): 302-7.
11. Philipp BL, Merewood A. The baby-Friendly way: the best breastfeeding start. *Pediatr Clin North Am* 2004; 51(3): 761-83.

12. Lauer JA, Beltrán AP, Victoria CG, de Onís, Barros A. Breastfeeding Patterns and Exposure to Suboptimal Breastfeeding Among Children in Developing Countries : Review and Analysis of Nationally Representative Surveys. *BMC Medicine* 2004; 2 (26): 1-29.
13. Ysunza AO. El abandono de la lactancia en México. Tendencias recientes. *Rev Invest Clin* 1986; 38 (Supl): 41-46.
14. Santos-Torres MI, Vásquez-Garibay EM, Nápoles-Rodríguez F. Hábitos de lactancia materna en colonias marginadas de Guadalajara. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1990; 47(5): 318-323.
15. González-Cossío T, Moreno-Macías H, Rivera J. Prácticas de lactancia materna en México: Resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición 1999. *Sal Pub Mex* 2003; 45 Suppl 4: S477-89.
16. Betrán AP, de Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological Study of Effect of Breast Feeding on Infant Mortality in Latin America. *BMJ* 2001; 323: 303-306.
- 17.- Mondragón H. Ginecoobstetricia Elemental. 1991, editorial Trillas, edición 01: 70-75
18. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM- 007-SSA2-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicio. México DF: Diario Oficial de la Federación 6 de enero 1995.
19. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño: Promoción de una alimentación apropiada de los lactantes y los niños pequeños. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS-UNICEF; 2003.
- 20.- Smith RP. Obstetricia Ginecológica y Salud de la Mujer Masson Barcelona 2008.
- 21.- Lauro I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública en línea* 2003 [acceso 2011 Sep 2] ;(29)1:48-51
22. Díaz T, Soler Q, Ramos R, González M. Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de Lactancia durante el primer año de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(4): 336-43.
23. Orlando DT, Soler QM, Ramos RA. Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(4): 336-43.
24. Prendes L, Vivanco M, Gutiérrez G, Guibert R. Factores maternos asociados a la Duración de la Lactancia Materna en Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999. 15(4): 397-402.
25. Paganini J. El amamantamiento y los motivos de su abandono. *Rev Panam Salud Pública* 1997, 1(1):51-2.

26. Taveras E, Capra M, Braveman P, cols. Clinician Support and Psychosocial Risk Factors Associated with Breastfeeding Discontinuation. *Pediatrics* 2003. 112(1): 108-
27. Navarro EM, Duque-López MX, Trejo y Pérez JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna por mujeres trabajadoras. *Salud Pública Mex*, 2003; 45(4): 276-84.
28. *Cabezuelo G, Vidal S, Abeledo A, Frontera P*: Factores relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna. *Rev Esp Pediatr* 2006; 62: 212-8.
29. Whilan A, Lupton P, Kannan S. Patterns of breast feeding and study of any factors interfering with in primary attention. *Ann Esp Pediatr* 1992; 37(5):357-60.
30. Vandaley-Toney S, Rivera PME, Kageyama-Escobar ML, Tirago-Gómez LL, López CM. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Pública Mex*. 1997; 39(5):412-19.
31. Estévez G, Martell C, Medina S, García V. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anales Españoles de Pediatría*. 2002; 56(2): 144-50.
32. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM- 007-SSA2-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicio. México DF: Diario Oficial de la Federación 6 de enero 1995.
33. MINSAP/UNICEF. Manual de lactancia materna. La Habana: MINSAP, 1996:2-
34. Anzures CR. Medicina Familiar. Editorial Corinter 2008.
35. Cerda A. Abordaje integral de la salud familiar (AISFA). Un método para la práctica de la Medicina Familiar. *Rev Mex Med Fam* (1990, 3 (3-4): 76:86
36. Gómez Clavelina FJ ; Porque elaborar estudios de salud familiar? *Archivos de Medicina Familiar* 2002 (1). 3.
37. Héctor D, King L, Webb K, Heywood P. Factors affecting breastfeeding practices: applying a conceptual framework. *NSW Public health Bull*. 2005 Mar-Apr, 16(34):52-5.
38. Hernández CMG, García GA. Deserción de la Lactancia Materna. *Revista del Hospital "La Quebrada"* 2002; 1(1):28-31)
39. Leung TF, Tam WH. Sociodemographic and atopic factor affecting breastfeeding intention in Chinese mothers. *J. Paediatr Child Health*, 2003, 39: 460-4.

40. Dias de Araújo O, Leana da Cunha A, Rocha Lustosa L, Sampaio Nery I, de Cássia Magalhães Mendonça R, et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce Rev Bras Enferm, Brasília 2008 jul-ago; 61(4): 488-92.
41. Garfias Barrera Araceli, Márquez Cardoso Eduardo, Moreno Aguilera Fernando, Bazán Castro Manuel. Factores de Riesgo Maternos y Familiares que influyen en el abandono de la lactancia materna. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas; 12(1), 2007:53-57.
42. Scott JA, Benns CW. Factors associated with the initiation and duration of breast feeding. Breastfeed 1999;7(1):5-16. , Whilan A, Lupton P, Kannan S. Patterns of breast feeding and study of any factors interfering with in primary attention. Ann Esp Pediatr 1992; 37(5):357-60.
43. Magaña CA ., Padilla GLM., García de Alba JE, Troyo San Román R, Delgado BA.. Aspectos epidemiológicos de la lactancia materna en una población derechohabiente del IMSS en México Bol Of Sanit Panam 90(3), 1981.
44. Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ra. Edición. Editorial Medicina familiar Mexicana. México.2006.
45. Coca E. I .Tesis Nivel de Conocimiento sobre lactancia materna de embarazadas primigestas en comparación con multigestas adscritas a la UMF No 64 2011

XIV ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64
 COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

INSTRUMENTO PARTE 1 FACTORES INDIVIDUALES

INSTRUCCIONES: Marque con una X el cuadro correspondiente a la respuesta que usted considere correcta.

FACTORES DEPENDIENTES DE LA MADRE

NUMERO DE AFILIACIÓN: -----

1.- GRUPO DE EDAD:	1.20-23	<input type="checkbox"/>	2. 24-28	<input type="checkbox"/>
	3. 29-32	<input type="checkbox"/>	4. 32-40	<input type="checkbox"/>
2.- ESTADO CIVIL:	1. Soltera	<input type="checkbox"/>	2. Casada	<input type="checkbox"/>
	3. Divorciada	<input type="checkbox"/>	4. Viuda	<input type="checkbox"/>
3.- ESCOLARIDAD:	1. Primaria	<input type="checkbox"/>	2. Secundaria	<input type="checkbox"/>
	3. Preparatoria	<input type="checkbox"/>	4. Licenciatura	<input type="checkbox"/>
			5. Otro	<input type="checkbox"/>
4.- RELIGIÓN:	1. Católica	<input type="checkbox"/>	2. Cristiana	<input type="checkbox"/>
	3. Testigo de Jehová	<input type="checkbox"/>	4. Otra	<input type="checkbox"/>
5.- OCUPACIÓN	1. Hogar	<input type="checkbox"/>	2. Empleado	<input type="checkbox"/>
	3. Comerciante	<input type="checkbox"/>	4. Profesionista	<input type="checkbox"/>
	5. Otro	<input type="checkbox"/>		

6.- Señale el número de veces que se ha quedado embarazada, haya tenido un hijo o haya finalizado en un aborto

7.- ¿Cuántos hijos vivos tiene?	1. Uno a Dos	<input type="checkbox"/>	2. Mas de Tres	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------	--------------------------	----------------	--------------------------

8.- ¿Su hijo fue deseado?	1. SI	<input type="checkbox"/>	2. NO	<input type="checkbox"/>
---------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

9.- ¿Llevo control prenatal durante su embarazo actual?	1. SI	<input type="checkbox"/>	2. NO	<input type="checkbox"/>
---	-------	--------------------------	-------	--------------------------

10.- ¿Desde antes del nacimiento de su hijo decidió darle lactancia?

1. SI

2. NO

11.- ¿Durante el embarazo recibió consejos en relación a lactancia materna?

1. SI

2. NO

12.- ¿De quien recibio el consejo?

- 1. De nadie
- 2. De un familiar: madre, tias, primas, abuelas
- 3. De un conocido: amigo (a) vecino (a)
- 4. Del personal de salud

13.- ¿Qué método de planificación familiar usa actualmente?

- 1. Hormonales-pastillas
- 2. Hormonales-inyectables
- 3. DIU
- 4. Preservativo (condón)
- 5. Otros

14.- ¿ Cuánto duro lactando a su hijo?

- 1. Sigo lactando
- 2. Menos de un mes
- 3. De 1 a 4 meses
- 4. Nunca

15.- ¿Si ya no lacta a su hijo, motivo por el cual abandono la lactancia?

- 1. Falta de leche
- 2. Enfermedad
- 3. Voluntariedad
- 4. Inicio de actividad laboral o estudiantil
- 5. Alteraciones anatómicas del pezón

16.- ¿Cuánto tiempo paso después de haber nacido su hijo para darle lactancia materna?

- 1. Inmediatamente al nacer
- 2. A los 30 minutos de nacido
- 3. A la hora de nacido

17.- ¿Considera usted que al darle a su hijo fórmula lactea es la mejor manera en la cual le ayudarían a cuidar a su hijo?

1.SI

2. NO

18.- ¿ Considera usted que es desagradable observar a una mujer lactado a su hijo?

1.SI

2. NO

19.- ¿Considera que al lactar es inevitable despedir un olor a leche cortada en la ropa?

1. SI

2. NO

FACTORES DEPENDIENTES DEL HIJO

20.- ¿Cómo nació su hijo actual?

1. Parto

2. Cesárea

21. - ¿Cuál fue el peso al nacer de su hijo?

1. 2.500 a 3.000kg

2. 3.100 a 3.600kg

22.- ¿Cuál fue el apgar que tuvo su hijo al nacer?

1. 2/5

2. 6/7

3. 8/9

23.- ¿Existió algún motivo en su hijo por el cual abandonará la lactancia materna?

1. Enfermedades

2. Rechazo del niño

3. No se llena

4. Incorporación al círculo infantil

5. Otros

24.- ¿Si le a fórmula lactea a su hijo cuantas latas de leche consume su hijo en una semana?

1. Una a tres

2. Cuatro a cinco

3. Mas de cinco

25.- ¿Cuánto gasta en promedio en fórmula latea a la semana?



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD

INSTRUMENTO PARTE 2 FACTORES DE RELACIONES: ESTRUCTURA FAMILIAR

INSTRUCCIONES: Marque con una X el cuadro correspondiente a la respuesta que usted considere correcta.

TIPOLOGÍA FAMILIAR

1. SEGÚN EL DESARROLLO

Moderna	<input type="checkbox"/>
Arcaica	<input type="checkbox"/>

2. SEGÚN SU DEMOGRAFIA

Rural	<input type="checkbox"/>
Suburbana	<input type="checkbox"/>
Urbana	<input type="checkbox"/>

3. SEGÚN SU INTEGRACIÓN

Integrada	<input type="checkbox"/>
Semiintegrada	<input type="checkbox"/>
Desintegrada	<input type="checkbox"/>

4. POR SU COMPOSICIÓN

Nuclear	<input type="checkbox"/>
Nuclear extensa	<input type="checkbox"/>
Monoparental	<input type="checkbox"/>
Mixta o reconstituida	<input type="checkbox"/>
Binuclear	<input type="checkbox"/>
De hecho	<input type="checkbox"/>
Homosexual	<input type="checkbox"/>

5. SEGÚN SU OCUPACIÓN

Campesina	<input type="checkbox"/>
Obrera	<input type="checkbox"/>
Profesional	<input type="checkbox"/>

6. POR SUS COMPLICACIONES

Interrumpida	<input type="checkbox"/>
Contraída	<input type="checkbox"/>
Reconstruida	<input type="checkbox"/>

7. SEGÚN SU FASE O ETAPA DE CICLO VITAL

Matrimonio
Expansión
Dispersión
Independencia
Retiro o
muerte

8. SEGÚN NIVEL SOCIECONÓMICO

Más rica
Rica
Media alta
Media alta
media baja

Pobre
Pobreza extrema
Pobreza extrema



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
Anexo 3. Cuestionario sobre conocimientos en lactancia materna**

Instrucciones: El siguiente cuestionario, tiene como finalidad identificar los conocimientos que posee sobre la lactancia materna; por favor, lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones y tache la respuesta que considere correcta.

PREGUNTAS

- | | | | |
|---|-------------|-----------------|-------------|
| 1. La lactancia materna es un acto natural de la madre, para alimentar a su bebé con leche materna los primeros meses de vida: | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 2. Lactancia materna exclusiva es solo dar leche materna | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 3.- Los primeros seis meses de vida del bebé se debe alimentar idealmente con leche materna | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 4.- La lactancia materna se debe iniciar idealmente dentro de la primera hora después del nacimiento | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 5.- Los bebés suelen alimentarse a libre demanda varias veces al día así como por la noche, durante los primeros tres meses | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 6.- La leche materna ofrece diferentes beneficios para la salud de la madre y el bebé | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 7.- Se recomienda complementar la leche materna con alimentos apropiados, cuando el bebé tenga alrededor de tres meses de edad | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 8.- La leche materna protege al bebé contra la desnutrición, enfermedades alérgica, diabetes mellitus tipo 1 y la obesidad | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 9- La leche materna beneficia la recuperación física posparto, y la menor probabilidad de cáncer mamario en la Madre | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 10.- La leche materna mejora el desarrollo cerebral del bebé, ocasionando a futuro que sean niños más inteligentes | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 11.- Si el bebé es menor de seis meses y presenta diarrea se recomienda suspender la leche materna | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 12.- La leche materna se tiene que calentar, para proporcionar al bebé a libre demanda | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 13.- Si la madre está enferma continuara alimentando al bebé con leche materna a menos que el médico indique suspender la lactancia | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |
| 14.- La píldora anticonceptiva puede ser utilizada por mujeres durante la lactancia | 1.FALSO ___ | 2.VERDADERO ___ | 3.NO SE ___ |

15.- El calostro es la leche producida un año después del parto

1.FALSO ___ 2.VERDADERO ___ 3.NO SE ___

16.- Si la madre trabaja fuera de su casa, se recomienda darle leche materna extraída del hogar

1.FALSO ___ 2.VERDADERO ___ 3.NO SE ___

17.- La madre con SIDA y que cuenta con una leche de fórmula aceptable, se recomienda evitar a lactancia materna

1.FALSO ___ 2.VERDADERO ___ 3.NO SE ___



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
 SOCIAL
 DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO
 ORIENTE
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64
 COORDINACIÓN DE DUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
 SALUD

INSTRUMENTO PARTE 4 AMBITOS DE RELACIONES: COMUNIDAD, UNIDAD DE ATN MEDICA Y EMPRESA

INSTRUCCIONES: Marque con una X el cuadro correspondiente a la respuesta que usted considere correcta.

FACTORES COMUNIDAD

Apoyo de amistadaes para la Lactancia materna.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Sensación de confianza de la madre al lactar en público .	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Sensación de incomodidad de la madre al lactar en público.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FACTORES UNIDAD MÉDICA

Control prenatal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Capacitación sobre lactancia materna	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Apego inmediato	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Alojamiento conjunto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hospital Amigo del niño y de la Niña	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Apoyo de personal de la salud para la lactancia materna	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Control del niño sano.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Dotación de leche industrializada	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FACTORES EMPRESA

Apoyo de la empresa en donde trabaja para la lactancia materna	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hora de lactancia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tiempo para extracción leche materna	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Refrigeración para leche materna extraída	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



Nombre del estudio:	Factores individuales y de relaciones familiares en mujeres con hijos de 0 a 4 años de edad con destete y sin destete temprano de la UMF 64	
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica.	
Lugar y fecha:	Tlalnepantla Estado de México.	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar los factores de riesgo y su fuerza de asociación para el destete temprano en la Unidad de Medicina Familiar No 64 del IMSS	
Procedimientos:	Aplicación de Entrevista para identificar sobre factores individuales, relaciones y ámbitos de relaciones, factores sociales y culturales y conocimientos en lactancia materna	
Posibles riesgos y molestias:	RIESGO: Ninguno. Molestias: invertir aproximadamente 20 minutos.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Expresar libremente sus ideas, sentimientos, ser escuchado.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará sobre el resultado de la interpretación de ambos cuestionarios y sobre las alternativas que existen en UMF64 para su manejo.	
Participación o retiro:	La participación y retiro del estudio es voluntaria.	
Privacidad y confidencialidad:	El cuestionario tendrá privacidad de su contenido de acuerdo a los principios etico-medicos.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica	
Beneficios al término del estudio:	Conocer alternativas de manejo.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dra. Juárez Figueroa Michelle Residente de tercer año de Medicina Familiar Tel 0445519352496, correo electrónico docmichjf@hotmail.com		
Investigador Responsable:	Dra. Juárez Figueroa Michelle Residente de tercer año de Medicina Familiar	
Colaboradores:	Dra Fátima Korina Gaytán Núñez	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx		
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Michelle Juárez Figueroa Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
Testigo 1	Testigo 2	
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma	