

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



EL APRENDIZAJE SOCIAL Y LA PRACTICA
DE LA LACTANCIA MATERNA

Por

LORNA VERONICA QUEZADA CACERES

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA
Con Especialidad en Salud Comunitaria.

Julio, 1996

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

EL APRENDIZAJE SOCIAL Y LA PRACCTICA
DE LA LACIA MATEMATA



1080072425

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



EL APRENDIZAJE SOCIAL Y LA PRÁCTICA
DE LA LACTANCIA MATERNA

Por

LUANA VERONICA QUEZADA CACERES

Como requisito parcial para obtener el Grado de

MAESTRIA EN ENFERMERIA

Con Especialidad en Salud Comunitaria

Julio, 1996

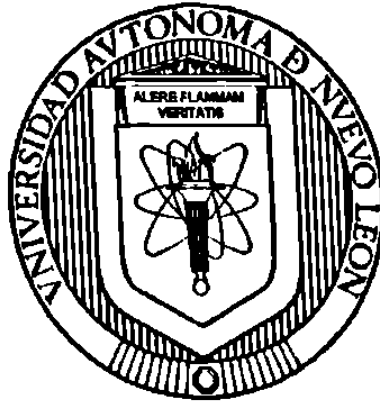


TM
R. S. 216
98



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



EL APRENDIZAJE SOCIAL Y LA PRACTICA

DE LA LACTANCIA MATERNA

Por

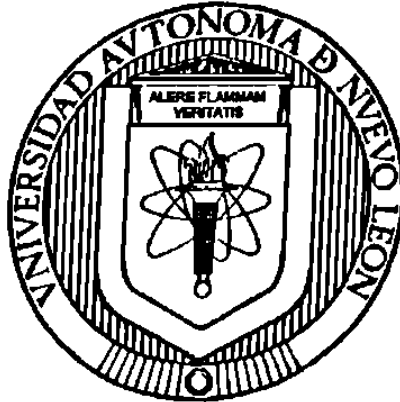
LORNA VERONICA QUEZADA CACERES

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con
Especialidad en Salud Comunitaria

Julio, 1996

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**EL APRENDIZAJE SOCIAL Y LA PRACTICA
DE LA LACTANCIA MATERNA**

Por

LORNA VERONICA QUEZADA CACERES

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con
Especialidad en Salud Comunitaria

Asesor

LIC. DORA ELIA SILVA LUNA

Julio, 1996

**EL APRENDIZAJE SOCIAL Y LA PRACTICA
DE LA LACTANCIA MATERNA**


Aprobación de la Tesis:



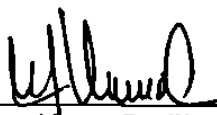
Lic. Dora Elia Silva Luna
Asesor de la tesis



Lic. Dora Elia Silva Luna
Presidente



Lic. Margarita Magallanes Zúñiga
Secretario



Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo
Vocal



Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo
Secretario de Postgrado

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Yucatán, por las facilidades otorgadas, en especial a los Doctores: Eduardo Espinoza Macín y Rolando Díaz Castillo.

Al Dr. Iván Aguilar Vivas, por la confianza y el apoyo que me otorgó para la realización de la Maestría.

A la Jefe de Enfermeras del Centro Médico Nacional “El Fénix” del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ofelia Díaz Ruiz, por su amistad, por creer en mí y por todas las facilidades otorgadas.

A la Lic. Dora E. Silva Luna, por su asesoría y dedicación al guiarme a feliz término en la elaboración de mi tesis. Por los momentos compartidos de amistad y compañerismo.

Al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza, por su asesoría.

A la Lic. Ma. del Refugio Durán López y Lic. S. Angelita Luna López. por su interés como maestras al transmitirme sus conocimientos y sobre todo por su amistad.

Al personal de enfermería que participó en la recolección de los datos. E.E. Miriam Orozco Sandoval, E.E. Victoria Mendoza Tellez, E.E. Dulce Encalada Pantoja, E.E. Guadalupe Manzanero Zapata, E.E. Juanita Espejo Parra, E.E. Angeles Caballero S, E.G. Ivonne Sánchez Medina y E.G. Reyna Sam Mendoza

A Socorro Patiño Reyes quien me dió su apoyo y colaboración ilimitada en el diseño computacional para la elaboración de la tesis.

A todas aquellas personas que con su colaboración hicieron posible la realización de este trabajo.

Gracias...

DEDICATORIA

A tí, por permanecer en el tiempo y en la distancia , cuyo recuerdo siempre me acompaña.

A mis padres, por su gran amor y por estar conmigo en todos los momentos de mi vida.

A Sergio y Adela, quienes con sus vivencias y amor me han llevado al camino de la superación.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCION.	1
1.1 Planteamiento del Problema.	2
1.2 Hipótesis.	4
1.3 Objetivos.	5
1.4 Importancia del Estudio.	5
1.5 Limitaciones del Estudio.	6
1.6 Definición de Términos.	7
2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.	9
2.1 Factores Socioculturales y Lactancia Materna.	12
2.2 Teoría del Aprendizaje Social.	17
2.3 Estudios Relacionados.	22
3. METODOLOGIA.	24
3.1 Diseño.	24
3.2 Sujetos.	24
3.3 Material.	25
3.4 Procedimiento.	27
3.5 Etica del Estudio.	28

4. RESULTADOS	29
4.1 Factores Sociodemográficos.	29
4.2 Sociocultura de la Mujer.	30
4.3 Análisis	44
5. DISCUSION	47
5.1 Conclusiones	50
5.2 Recomendaciones	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
APENDICES.	57
Apéndice A Cronograma de Actividades.	59
Apéndice B Cuestionario; Aprendizaje Social y la Lactancia Materna.	61
Apéndice C Instructivo del Cuestionario; Aprendizaje Social y - -	
Lactancia Materna	68
Apéndice D Programa de Captura y Análisis de los Datos.	72

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Prácticas de la Lactancia Materna en las Mujeres del Estudio.	30
2. Motivos Referidos para no Amamantar	31
3. Argumento Referido por las Mujeres para Amamantar a su Hijo	31
4. Beneficios para el Hijo Referido por las Mujeres que Amamantan	32
5. Beneficios Maternos Identificados por las Mujeres al Amamantar a sus Hijos	33
6. Encausadores de Modelamiento Para Amamantar	33
7. Figuras de Modelamiento que Influyen en las Mujeres para que Amamanten	34
8. Opinión de la Mujer acerca de las Amigas o Familiares que Amamantan. .	35
9. Posición en que las Mujeres Prefieren Amamantar	36
10. Lugar que Prefieren las Mujeres para Amamantar	36
11. Motivos Referidos por las Mujeres para Suspender el Acto de Amamantar.	37
12. Proporción de Mujeres que Recibieron Dotación Lactea	37
13. Duración de la Lactancia.	38
14. Antecedente Materno de Haber Sido Amamantada	39
15. Opinión de las Mujeres del Porqué Fueron Amamantadas.	39
16. Mujeres del Estudio con Experiencia Previa en Lactancia Materna.	40

17. Criterio Materno para la Práctica de la Lactancia en Menores de 4 Meses.	41
18. Criterio Materno para la Práctica de la Lactancia en Mayores de 4 Meses.	42
19. Sensación de las Mujeres al Amamantar a sus Hijos.	43
20. Interpretación que la Mujer le da a la Sensación de Amamantar.	43

LISTA DE TABLAS

No.	Página
1. Características Socio-Demográficas de las Mujeres del Estudio.	29
2. Elementos Socioculturales y Demográficos que se Relacionan con la Práctica de la Lactancia Materna	45

LISTA DE ESQUEMAS

No.	Página
1. Conducta de Aprendizaje del Individuo.	18
2. Prácticas de la Lactancia Materna (adaptada en contenido de la Teoría del Aprendizaje Social de A. Bandura)	21

RESUMEN

Lorna Verónica Quezada Cáceres

Fecha de graduación Julio, 1996.

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: El Aprendizaje Social y la Práctica de la Lactancia Materna.

Número de páginas: 76

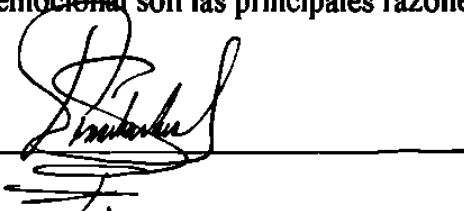
**Candidato para el grado de Maestría
En Enfermería con Especialidad en
Salud Comunitaria.**

Area de Estudio: Ciencias de la Salud.

Propósito y Método del Estudio: El objetivo del estudio fue determinar los factores socioculturales maternos relacionados a la práctica de la lactancia materna en un área urbana de Mérida, Yucatán. La relevancia del estudio esta determinada por la necesidad que existe de fomentar dicha práctica debido a que en los últimos años ha ido decreciendo. Los conceptos de instigadores sociales de la conducta de A. Bandura (1975), fueron usados como marco teórico en la realización del estudio. La población estudiada fueron mujeres usuarias de los servicios de salud que ofrece el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en tres unidades de medicina familiar. El estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra se obtuvo por método aleatorio irrestricto con un margen de error de 0.05, y un nivel de significancia de 95 por ciento.

Contribuciones y Conclusiones: De las variables sociodemográficas estudiadas; el estado civil, la ocupación y el número de hijos resultaron ser factores de efecto para la práctica de amamantar con valores de: $X^2 = 22.44$, $gl = 1$, $\alpha = 0.00$; $X^2 = 11.47$, $gl = 1$, $\alpha = 0.00$ y $X^2 = 4.14$, $gl = 1$, $\alpha = 0.04$ respectivamente. Las variables socioculturales se identifican como instigadores sociales para la práctica de amamantar, con ello se conoció el patrón de alimentación de los niños menores de un año, donde se observó que la alimentación mixta se inicia desde los primeros meses de vida. ($X^2 = 9.688$, $gl = 4$ y $\alpha = 0.04$). La figura de modelamiento social de la conducta recae en la familia, destacando la figura materna y la del esposo, como instigadores externos, ($X^2 = 7.961$, $gl = 2$ y $\alpha = 0.00$). La gratificación emocional, el bienestar y la seguridad que las mujeres perciben al amamantar son los principales instigadores internos ($X^2 = 13.576$, $gl = 3$ y $\alpha = 0.00$). Se concluye que los beneficios de seguridad y bienestar que recibe el hijo al ser amamantado y la gratificación emocional son las principales razones para que la mujer decida amamantar.

FIRMA DEL ASESOR.:



CAPITULO 1

INTRODUCCION

La lactancia materna es un t3pico que siempre ha preocupado a los investigadores;

Actualmente los dos enfoques de mayor inter3s son: los beneficios que ofrece y que a pesar de la promoci3n de su pr3ctica en todos los niveles de atenci3n, con apoyo de organizaciones mundiales como el Fondo Mundial para el Crecimiento y Desarrollo de la Niñez (UNICEF), Organizaci3n Panamericana de la Salud (OPS) y Organizaci3n Mundial de la Salud (OMS), tiende a desaparecer; otro enfoque es el aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad infantil asociadas a la disminuci3n de esta pr3ctica.

Se considera que la leche materna es el alimento ideal durante los primeros seis meses de vida por su valor nutricional y su capacidad inmunol3gica, adem3s estimula y fortalece el v3nculo madre-hijo, Sistema Nacional de Salud(SNS,1993). Sin embargo, a pesar de estas ventajas, tanto en pa3ses desarrollados como en pa3ses en v3as de desarrollo, un n3mero considerable de mujeres evita la lactancia materna.

En los 3ltimos a3os se han publicado algunos estudios (Network,1988), realizados en Tailandia, Taiwan, M3xico y Panam3, en los que se se3alan las ventajas que el amamantamiento ofrece tanto al ni3o como a la madre, la importancia de la pr3ctica de amamantar desde el punto de vista de la salud comunitaria se desprende de sus m3ltiples ventajas que van desde los elementos biol3gicos, sociales y psicol3gicos los cuales permiten decir que la leche materna es 3nica. Por otra parte se ha considerado que su abandono se ha constituido en un importante problema de salud p3blica por los efectos nocivos que repercuten en la poblaci3n infantil.

La Encuesta Nacional de Salud (ENS), de 1986 reportó que el 19.9 por ciento de 4,846 niños en México nunca fue alimentado con leche materna, lo cual es alarmante, pues esta situación ha sido reportada desde la década de los 70's, lo que permite inferir que no se ha mejorado en este aspecto. De acuerdo al SNS el período mínimo recomendado para lactar es de tres meses, en el mismo sentido la ENS reportó que el 42.2 por ciento de los niños recibieron leche materna por un espacio de tres meses o menos. Si se suman las cifras anteriores sobre la práctica de la lactancia materna y se analizan juntas se obtiene que el 62. por ciento de los niños menores de un año tienen una alimentación deficiente en las etapas iniciales del crecimiento.

La baja prevalencia de la práctica de la lactancia materna, es el resultado de diversos factores, entre los que se pueden mencionar el ambiente socioeconómico y cultural estos factores pueden variar por las diferencias sociodemográficas de las mujeres, en el medio rural y urbano pueden observarse estas diferencias.

En el estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal. Mediante la aplicación de una encuesta se determinó la relación de los factores sociales y culturales que influyen en la decisión de la mujer para que esta lacte o no al seno materno, también se consideraron los diferentes modos de la adquisición de esta conducta y de los elementos que intervienen para que esta práctica natural se mantenga o interrumpa.

1.1 Planteamiento del problema.

La gente experta en nutrición, salud y desarrollo infantil sin excepción, opina que la alimentación al seno materno brinda todos los elementos nutritivos que necesita el infante durante los primeros seis meses de vida, y lo protege de enfermedades comunes de la infancia, contribuye al espaciamiento de los nacimientos, protege la salud de la madre ya que reduce el riesgo de la hemorragia postparto y brinda protección contra el cáncer de mama.(SNS,1993).

A pesar de estos beneficios y múltiples ventajas que ofrece la lactancia natural y de haberse demostrado que en calidad es mejor que la leche artificial, la práctica de la lactancia materna ha disminuido considerablemente en los últimos años a nivel mundial. La UNICEF (1992), estima que el abandono de la lactancia materna es un factor importante para la morbilidad infantil de por lo menos un millón de niños al año en todo el mundo, muchos otros sobreviven y sufren deficiencias en su crecimiento y desarrollo. El riesgo a morir de los niños que no son amamantados en los países de desarrollo es de 3:1 como lo reportan estudios realizados en Chile, Brasil, Guatemala, India, Tailandia y Suecia entre otros (Population Reports, 1981).

Múltiples son los factores que contribuyen al abandono de la práctica de la lactancia materna entre ellos la revolución industrial, urbanización e incorporación de la mujer a la productividad, y México al igual que otros países ha experimentado este descenso en la práctica de la lactancia materna. (Valdespino, 1989).

Ante esta situación organismos a nivel mundial y en México hacen esfuerzos para combatir la situación, mediante la aplicación de estrategias como la aprobación del código internacional de comercialización de los sucedáneos de la leche materna, que reglamenta las técnicas de publicidad, promoción y venta de la leche industrializada en todo el mundo (UNICEF, OMS, 1981), de hecho en 1992, las empresas fabricantes de la leche industrializada se comprometieron a no entregar muestras gratuitas a hospitales del sector salud y privados.

Otra estrategia, es la creación de la práctica del alojamiento conjunto en centros hospitalarios, con la finalidad de promover la lactancia materna. A nivel mundial se ha creado el Programa Hospital Amigo del Niño y la Madre con el apoyo de la UNICEF.

México, a través de la Secretaría de Salud instituyó dicho programa de atención materno infantil, el cual favorece una mejor coordinación entre los miembros del equipo de salud para realizar promoción a la lactancia materna cada vez que la mujer embarazada acuda a los centros hospitalarios para sus controles prenatales, atención al parto, puerperio y consultas posteriores de control del niño sano.

Sin embargo, a pesar de todas estas estrategias y los esfuerzos realizados, el concepto de alimentar al niño con leche materna exclusivamente cuando menos hasta los primeros tres meses, parece ser un imposible, ya que este hábito natural tan antiguo como lo es el amamantamiento va en descenso a pasos agigantados, los índices de morbimortalidad infantil relacionados con la ausencia de la práctica de la lactancia materna continúan en cifras alarmantes, y las acciones del personal de enfermería encaminadas a promover y fomentar la alimentación materna parecen no lograr su propósito, al menos con éxito ya que la alimentación al seno materno sigue declinando.(Pérez,1993.).

La lactancia materna es una conducta aprendida que puede ser estudiada bajo el enfoque del aprendizaje social. porque permite comprender las razones que llevan a la mujer a amamantar o no a su hijo. Se consideró necesario investigar el por qué si existe información para lactar al seno materno las madres deciden no hacerlo y si lactan por qué la suspenden antes de los tres meses,tomando en cuenta que la conducta puede adquirirse por diferentes mecanismos como la observación, experiencia o por la influencia de alguna persona que puede actuar como figura de modelamiento para que la mujer practique el hábito de amamantar. Todo ello a partir de la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuál es la relación que existe entre los factores sociales y culturales maternos para la práctica de la lactancia materna?

1.2 Hipótesis

- Hi. La sociocultura de la mujer actúa como instigador social en la práctica de la lactancia materna en menores de un año.
- Ho. La sociocultura de la mujer no actúa como instigador social en la práctica de la lactancia materna en menores de un año.

Variable Dependiente: Práctica de la lactancia materna. .

Variable Independiente: Sociocultura

1.3 Objetivos

Objetivo General.

Identificar los factores socioculturales maternos que actúan como instigadores sociales para que se lleve a cabo la práctica de la lactancia materna, en un área urbana de Mérida, Yucatán.

Objetivos Específicos

- Precisar los instigadores sociales que intervienen en la práctica de amamantar.
- Identificar el perfil sociocultural de las mujeres que amamantan y el de las que no lo hacen.
- Describir el patrón de alimentación que la mujer establece en sus hijos menores de un año.

1.4 Importancia del estudio

La relevancia del estudio está determinada por la necesidad que existe de fomentar la práctica de la lactancia materna debido a que en los últimos años ha ido decreciendo. Ante este fenómeno la enfermera comunitaria es la persona idónea para orientar a la mujer acerca de la práctica de la alimentación natural.

Para lograrlo es necesario conocer cuales son los elementos de la cultura y los conocimientos que la mujer tiene acerca de la lactancia materna así como la manera que se relacionan para que la mujer decida amamantar.

Este estudio ofrece conocimientos a la enfermería comunitaria para ser aplicados a las acciones de la enfermera para que ésta pueda modificar su plan de trabajo relacionado con el fomento y asesoría acerca de la lactancia materna.

Mediante este estudio se conoció que las principales razones por las cuales la mujer decide lactar son: por seguridad y bienestar que otorgan a sus hijos y gratificación emocional. Al saber el comportamiento de las mujeres que amamantan permitirá reorientar los programas establecidos para este fin.

Por otra parte al realizar el estudio bajo el enfoque de la adquisición de la conducta mediante el aprendizaje social basado en la teoría de Bandura permitió ratificar los elementos instigadores y de mantenimiento del hábito de lactar, su relación con los factores sociales y los conocimientos de la mujer, además permitió explorar el comportamiento de la mujer y su relación con aspectos socioculturales así como conocer algunos aspectos de lo que la mujer sabe acerca de la lactancia materna.

1.5 Limitaciones del estudio

Los resultados de este estudio sólo podrán ser generalizados a la población encuestada, o a otras con características similares. Por otra parte el desarrollo de la investigación abarcó principalmente los instigadores de la conducta para la práctica de la lactancia materna y de manera superficial los elementos o factores que llevan al mantenimiento de la misma.

1.6 Definición de términos

Práctica de la Lactancia Materna: Es la alimentación natural proporcionada al niño por su madre a través de las glándulas mamarias. Es la acción de la mujer respecto a la alimentación del niño con una duración mínima de 4 meses y máxima de 12 meses.(OPS, 1990).

Influencia familiar para la lactancia: Contribuciones por algún miembro de la familia sobre la mujer para que esta lacte o no.

Conocimiento materno: Es toda información que posee la mujer acerca de la práctica de la lactancia materna.

Creencias: Son ideas que la mujer tiene de los beneficios que trae consigo la práctica de la lactancia materna.

Hábitos: Es una conducta aprendida por repetición como la alimentación que la madre proporciona a sus hijos de acuerdo a sus creencias. .

Patrones: Modelos establecidos que condicionan las prácticas de la alimentación materna.

Alimentación mixta. Se consideró para este estudio la alimentación proporcionada al niño con seno materno y cualquier otro tipo de alimento. (OPS, 1990).

Sociocultura de la mujer: Para este estudio se consideró al conjunto de ideas, creencias, valores, significaciones y experiencias que impregnan la vida cotidiana, y debe considerarse como la praxis de transformación de la vida cotidiana. (Ander-Egg, 1982).

Instigadores de la conducta: Son todos los estímulos que desencadenan emociones de seguridad, bienestar y aceptación social en la mujer que decide lactar (Bandura, 1975).

Gratificación emocional: Es la sensación de bienestar que la mujer siente cuando sabe que amamantar le traerá beneficios a su hijo. (Bandura, 1975).

Adquisición de modos de conducta: Son los estilos de vida aprendidos por la mujer mediante la observación y experiencia (Bandura, 1975).

CAPITULO 2

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

En los últimos cincuenta años se ha demostrado una preocupación especial por la salud de los niños así como los factores que pueden estar relacionados directamente para alterarla. Este interés se fundamenta en que la salud es un indicador de bienestar y que la morbimortalidad es un indicador de desarrollo de los pueblos.

Las muertes infantiles en su mayoría son producidas por cuadros diarreicos , los que por lo regular están vinculados con hábitos higiénico dietéticos inadecuados, aunado a esta situación se observa que la práctica de la lactancia materna ha sufrido un importante descenso. La situación de la población infantil de acuerdo a lo publicado en 1991, por el Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos, lo consideró como un problema de salud, este hecho se debió a que la mortalidad en niños menores de un año es más elevado entre niños que no son alimentados con leche materna. en comparación con los que sí lo son.

Los procesos diarreicos se presentan en una frecuencia de diez veces más en niños que son alimentados con biberón, respecto a los que son amamantados al seno, (10:1) así como los problemas de desnutrición en estos niños se relacionan con el abandono de la práctica de la lactancia natural, destete temprano y una ablactación inadecuada.

Una de las estrategias de salud para el fomento de la alimentación al seno materno es la atención primaria, la cual se basa en métodos y técnicas prácticas científicamente fundados y socialmente aceptados que se encuentra al alcance de todos los individuos y sus familias mediante su participación. En el mismo sentido y debido a la magnitud y

trascendencia de la morbi-mortalidad infantil relacionada con procesos gastrointestinales resulta prioritario que las instituciones de salud y el personal de enfermería participen y se comprometan con actitudes responsables con la finalidad de contrarrestar el abandono de la práctica de la lactancia materna, a fin de fortalecer el marco estratégico de la atención primaria a la salud.(OPS). El grupo infantil es el más susceptible a sufrir daño, el cual puede producirse en un momento y los efectos pueden verse en su salud del individuo cuando este sea adulto.

Kroeger (1992), dice que los programas materno infantiles en la actualidad están orientados hacia el establecimiento de un equilibrio en las actividades dirigidas a lo curativo y a lo preventivo con la finalidad de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil. En el pasado los servicios materno infantiles se enfocaban a los aspectos de salud desde un punto de vista biológico, hoy en día, se promueven aspectos socioculturales y ambientales relacionados con la salud.

Para fomentar la práctica de la alimentación al seno materno, el gobierno de México en 1992, a través de su Secretario de Salud, presentó el programa Hospital Amigo del Niño y la Madre, se dieron a conocer las bases, las estrategias de expansión, las actividades de capacitación y comunicación. Se destaca la importancia de que los productores de fórmulas infantiles se sumen a los esfuerzos nacionales en favor de la lactancia materna. Al adoptarse esta iniciativa se inscribieron en el programa 46 hospitales y a un año del programa ya existían 214.

De todas las instituciones que conforman el sistema nacional de salud, para el año de 1994 se fijó la meta de que todos los hospitales debían haberse incorporado a este programa. No se cuentan con datos para saber si esta meta fue alcanzada.

Este programa se apoya en normas y políticas de UNICEF, organismo que tiene la ventaja de facilitar una mejor coordinación entre los distintos niveles de los servicios hospitalarios y permite la transmisión de la información relacionada con la lactancia materna cada vez que una mujer acuda al hospital tanto para controles prenatales, atención al parto, puerperio y consultas pediátricas posteriores.

Otra de las estrategias para fomentar la lactancia materna en las unidades hospitalarias es el alojamiento conjunto del binomio madre e hijo en las salas obstétricas, ahí se promueve la lactancia materna desde el nacimiento, no se proporcionan preparados de leche industrializada, se prohíbe la existencia y uso de biberones y se da amplia divulgación de la importancia de las técnicas de la lactancia materna. Además, todo el personal que labora en el hospital debe propiciar que todas las mujeres que amamanten aconsejen en este sentido a las mujeres primerizas, para fomentar la lactancia materna también deben participar los miembros de la familia y otras redes de apoyo social.

Se ha demostrado que la práctica de la alimentación materna ofrece múltiples ventajas para garantizar la salud del niño debido a que ejerce efectos protectores sobre las enfermedades infecciosas. La leche materna posee sustancias nutritivas ideales para el crecimiento y desarrollo del niño, por otro lado se le brinda cariño, protección, seguridad y confianza al estar en contacto directo con su madre, además las ventajas son para la madre, entre las que se pueden citar la satisfacción psicológica, los efectos hormonales sobre la involución uterina y su efecto protector en enfermedades como el cáncer de la mama.(SNS,1992).

En América Latina cerca del 98 por ciento de las mujeres se encuentran en condiciones de amamantar a sus hijos lo cual resulta una experiencia fascinante y emotiva entre madre e hijo; sin embargo, en México, a pesar de que en la última década la práctica de la lactancia materna ha mejorado se observa que se tiene una de las más bajas tasas de inicio de la lactancia en comparación con otros países en vías de desarrollo evidenciado por datos estadísticos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática(INEGI), que señala que la mitad de los niños mexicanos no son amamantados en un período mayor de seis meses.(Rodríguez, 1991).

2.1 Factores socioculturales y lactancia materna

Las personas al agruparse poseen una forma especial de vivir, estas formas de vida son las que determinan su patrón cultural. La manera en que los individuos perciben, experimentan y enfrentan a la salud y a la enfermedad, depende de sus creencias y costumbres. Es importante que los prestadores de servicios de salud comprendan e incorporen dicho conocimiento al trabajo diario para lograr una atención eficaz de la salud ya que esta cultura es tan importante como el conocimiento de los aspectos fisiológicos y psicológicos del individuo.

El valor cultural es una creencia, un sentimiento que se mantiene por las actividades, relaciones humanas o metas que se traducen en bienestar y permiten identificar al individuo al grupo social al que pertenece, y consecuentemente a la comunidad (Broom, 1984).

Vandale, S. (1992), al hacer referencia a la alimentación natural dice que el alto índice del abandono de esta es un reflejo del siglo en que se vive. Esta diferencia parecen ser resultado de los factores culturales, más que de las condiciones biológicas y fisiológicas de la mujer.

En relación a la ocupación, en este rubro Helsing, (1985); señala que no se ha concluido si la ocupación hace que las mujeres amamanten o no, sin embargo cabe considerar que en caso de que la mujer trabaje fuera del hogar, se sugiere amamantar de noche en vez del día; no se ha demostrado si esta alternativa se lleva a cabo.

En un estudio realizado en Bolivia por McCann y Bender (1993), se encontró que las tendencias indican que a pesar de las múltiples ventajas que ofrece el método de alimentación natural, la incidencia y duración de esta práctica va en descenso particularmente en las mujeres que mejoran sus recursos socioeconómicos. Por otro lado los autores refieren que cuando el nivel económico de la mujer que trabaja ha mejorado, aumenta la posibilidad de que esta deje la práctica de la alimentación al seno.

El estudio realizado por Sánchez, A. (1993) en una comunidad de estrato socioeconómico bajo de Guadalupe, Nuevo León, acerca de la utilización de la lactancia materna, encontró que las madres a pesar de tener conocimiento acerca de los beneficios de la lactancia materna, solamente el 49 por ciento refirieron haber alimentado al bebé con el método natural. En otro estudio realizado por Dustine, citado por Sánchez (1993), encontró que sólo el 50 por ciento de las mujeres amamantan, tales hallazgos por su similitud llaman la atención ya que fueron estudios realizados en diferentes contextos. De ser esto una realidad, posiblemente se contribuya a la identificación de un patrón de conducta que merece ser estudiado.

En Sonora, México se realizó un estudio en un Hospital Público, entre el personal de enfermería (Román, R. 1994), de las 50 enfermeras entrevistadas, 30 de ellas eran madres y solamente 10 mencionaron haber lactado al seno, por lo que se observó una escasa inclinación entre el personal de enfermería para la práctica de este hábito de alimentación natural. No determinaron las posibles causas de la tendencia, sin embargo comenta la autora que sólo 12 de ellas sabían o reconocían las ventajas de la alimentación al seno.

Es importante considerar que antes del siglo XX la lactancia materna constituía la primera sino es que la única alternativa de alimentación para los niños menores de un año, sin embargo los avances tecnológicos cambiaron la situación drásticamente, en el presente siglo el descubrimiento de las leches industrializadas presentó alternativas populares por su supuesta facilidad para prepararlas, esto último según los productores de los sucedáneos de la leche. Ante este modernismo, a la mujer se le dijo sencillamente es más fácil no amamantar (Queenan, J. 1990, citado por OPS).

Otro factor que influye en la manera de como alimentar al niño es el lugar en donde vive la mujer, si es una zona urbana o semiurbana, donde como efecto de las tareas de urbanización y modernismo se favorece al consumo de la leche industrializada, ya que la connotación e importancia que el biberón ha tomado, es un símbolo de pertenecer a una mejor clase social (Helsing, E. 1985).

Shelton en 1990, citado por la OPS encontró que la modernización e industrialización son factores que tienen una fuerte repercusión para modificar los hábitos de la mujer que amamanta, esto puede deberse a los mensajes comerciales donde los productores dicen "...que la leche industrializada es mejor que la materna..."; en América Latina solo el 35 por ciento de los niños menores de 6 meses se sigue alimentando con leche materna y la modernización no sólo puede influir en la práctica de amamantamiento, sino también en el hecho de como alimentar a sus hijos y en qué momento debe ocurrir la ablactación.

En 1991, se realizó un estudio acerca de los hábitos y tendencias de la lactancia materna en mujeres del estado de Yucatán de poblaciones urbanas, se encontró que la ablactación fue precoz y cada vez mayor la tendencia al abandono de la lactancia absoluta sobre todo en dicho medio. Según reporte de la investigación, hace diez años esta diferencia no existía (Polanco, R. 1991).

Vega M. y González G, en 1993 realizaron un estudio en dos municipios de Guadalajara, Jalisco en México y las autoras refieren que la alta proporción de niños amamantados durante menos de un mes, así como el destete antes del cuarto mes es una situación preocupante desde el punto de vista materno infantil. Señalan que 1000 niños aproximadamente de los municipios estudiados, hijos de madres derechohabientes del IMSS no han sido amamantados, consideran como elemento básico para entender estos resultados la prestación social de dotación de leche a que tiene derecho el niño durante su primer año de vida.

Según la OPS en Honduras se realizó un proyecto de apoyo a la lactancia materna (Shelton, 1990) con previo adiestramiento al personal de salud, se obtuvo como consecuencia de esta intervención que aumentaba el período de lactancia de seis meses a un año. Las intervenciones realizadas en el Hospital han demostrado ser efectivas. Sin embargo, no se tiene conocimiento si estas intervenciones realizadas en el medio hospitalario han sido o no suficientes para sostener esta modificación de conducta, cuando la mujer regresa a su ambiente familiar por lo que es necesario considerar un seguimiento mediante la asistencia comunitaria.

Leyva, en 1994 demostró que una de las variables asociadas a patrones de lactancia fue la educación sobre alimentación materna que el personal de salud dió en diferentes momentos a la mujer en el hospital, esto provocó que la duración de la lactancia fuera de once a trece meses, otra variable fue que la influencia que ejercen las comadronas sobre las mujeres que atienden, es más fuerte que las intervenciones del equipo de salud en favor de la práctica y duración de la lactancia, ya que estas mujeres amamantaron durante 18 meses a sus hijos, lo cual refleja que a pesar de los esfuerzos positivos del personal del hospital, son las comadronas quienes ejercen una importante influencia sobre las mujeres y estas les asignan un valor cultural alto a dichos personajes de su grupo social a quienes reconocen como autoridad o elemento importante para la toma de decisión de como alimentar al hijo.

Así mismo, la disponibilidad de servicios de seguridad social y el lugar de nacimientos en hospitales del IMSS afectaron en forma adversa la lactancia materna. Esto pudiera explicarse por el conocimiento de la madre de disponer en fórmulas artificiales y probablemente a prácticas institucionales en el periodo del post-parto inmediato (Santos y Cols., 1990).

Las transiciones demográficas cada vez son más rápidas, tal situación es referida por Pérez en 1993, quien considera que las tendencias recientes sugieren que el 80 por ciento de la población de América Latina vivirá en zonas urbanas en el año 2000, señala que es importante se identifiquen los factores de la vida urbana asociadas con la duración de la lactancia natural observada en los países de América Latina y el Caribe.

En relación a la orientación que recibe la mujer acerca de como alimentar a su hijo; en el estudio realizado por Sánchez (1993) el 41 por ciento de las mujeres refirieron que la influencia para que lacten es familiar: pero se desconoce si esta influencia estaba encaminada a dar orientación sobre hábitos tradicionales y costumbres o estaban relacionadas con las ventajas que la leche materna ofrece.

Un estudio realizado en dos áreas rurales y un área urbana en Bolivia, reflejó que el 60 por ciento de las 76 mujeres dieron como alimento inicial al niño, vino, leche de vaca y otras bebidas líquidas no especificadas pero que no eran leche materna y

solamente el 40 por ciento dio leche materna y el 50 por ciento de ellas habían consumido líquidos adicionales y habían aumentado a su dieta carbohidratos y proteínas. El 56 por ciento de estas mujeres bolivianas refirieron haber destetado cuando se enteraron que estaban embarazadas; el promedio de edad de los niños cuando ocurrió el destete fue de 12 meses. La ablactación ocurrió entre los 4 y 8 meses en el 86 por ciento de los niños con sopas y patatas. (McCann, M. 1993).

Con respecto a las creencias que las madres tienen acerca de la producción de la leche humana, Pérez S. (1991) realizó un estudio en Malinalco, Estado de México, acerca de los principales aspectos socioculturales relacionados con la lactancia, de las mujeres entrevistadas, el 60 por ciento expresó que los atoles ayudan a bajar la leche y el 23 por ciento dijeron que el pulque y hojas de zapote. Todas las entrevistadas reconocieron que sus madres y abuelas les habían dicho de los remedios y el 64 por ciento dijeron que los remedios sí eran efectivos.

En este mismo estudio 62 mujeres dijeron que se les había ido la leche y el 41 por ciento utilizó remedios caseros para recuperarla y que a las mujeres después del parto se les faja y se les da atoles para que tengan buena leche, a los dos días ya comen normal pero sin chile, ya que esto produce dolor de barriga a los niños.

Claiborne (1987) refiere que las amigas y las mujeres de la familia son personas más frecuentemente mencionadas como fuentes de influencia sobre el método de alimentación de los niños.

Un estudio realizado en dos zonas rurales de México por Pérez Gil y Col. en 1993, se les preguntó a las mujeres entrevistadas de Malinalco, Estado de México y de la Sierra de Juárez de Oaxaca sobre como fueron alimentadas durante los primeros meses de su vida y se obtuvo que el 82 por ciento de las mujeres respondieron haber sido alimentadas con leche materna en Malinalco y el 96.8 por ciento en Oaxaca. De las entrevistadas a 28 mujeres les sobreviven sus madres y a éstas se les preguntó su opinión acerca de la lactancia materna, el 93 por ciento consideró que la leche materna es mejor. Resultó interesante comprobar que las parteras, las suegras, las madres,

todas en su rol de cuidar a los niños son las que influyen en la toma de decisiones de las mujeres.

2.2 Teoría de aprendizaje social

Las Conductas que las personas muestran son aprendidos deliberadamente o inadvertidamente a través de la influencia. La teoría del aprendizaje social se ocupa de analizar el motivo o la razón de un comportamiento determinado bajo ciertas condiciones y de los efectos que tienen algunos patrones de reforzamiento sobre la conducta.

Rotter, (1954) uno de los principales teóricos de aprendizaje social creó el concepto del centro de control para diferenciar a quienes creen que las recompensas se basan en recursos internos y no como los que piensan que las retribuciones se relacionan externamente con la suerte o personas poderosas.

Se ha sugerido que el centro de control está asociado con el dominio de la información sobre la salud, motivación, resolución eficaz de problemas, sentido de responsabilidad, deseo de participar activamente en la atención de la salud y la capacidad de postergar la satisfacción.

Al parecer es el centro de control el mediador y no el causal en la determinación del comportamiento, también puede ser que interactúe con otros muchos factores, para afectar el comportamiento, estos factores pueden ser: ambientales, filosofía del autocuidado, retroalimentación y reforzamiento de conductas. Estos son aspectos que deben considerarse como factores determinantes o influyentes en el modo de vida y que intervienen en la toma de decisiones.

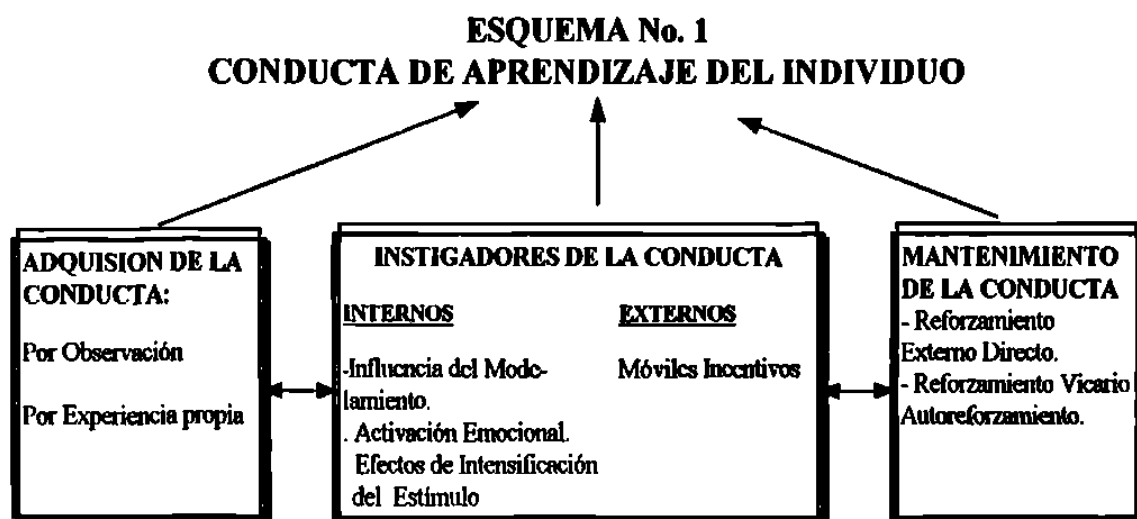
Por lo general todas las personas llevan a cabo algún comportamiento regular o rutinario para proteger su salud definida por "cualquier conducta realizada por un individuo sin importar su estado real o percibido de salud con el fin de proteger,

promover o conservar ésta y sin considerar si dicha conducta es eficaz desde un punto de vista objetivo para alcanzar la meta” (Leddy, S y Peppers, 1989).

Bandura A. (1975) define el ambiente de un organismo como dinámico en función de los efectos que él mismo ejerce sobre la conducta y esta a su vez no es permeable al cambio. Bajo estas afirmaciones del efecto que ejerce el ambiente sobre la conducta, Bandura desarrolló su teoría del aprendizaje social con la finalidad de conocer el por qué los individuos actúan en forma grupal o individual.

Distingue entre la adquisición de conductas con potenciales activos y pasivos y los factores que determinan si una persona realiza o no lo que aprende. **No todo lo que se aprende se realiza**, de este pensamiento surge su teoría, la cual abarca las condiciones que regulan las facetas de la conducta individual o colectiva.

El autor afirma que los modos de conducta se forman a través de la experiencia y que la estructura biológica establece límites a la conducta los cuales pueden perfeccionarse, también afirma que la adopción genética influye para el progreso del aprendizaje. Los determinantes biológicos van a variar. Las experiencias vividas influyen en la conducta por medio de reforzamientos del pasado, los actos modelo son los indicios informativos para que otros se conduzcan de modo similar. Para estudiar la conducta del individuo o de una comunidad, Bandura considera tres elementos básicos. (Esquema No 1).



FUENTE: Teoria del Aprendizaje Social de Albert Bandura (1975).

- **Adquisición de Modos de Conducta.** Los estilos de conducta se adquieren por observación o por experiencia directa, esto es a través de la influencia de otra persona por imitación, el aprendizaje puede ser en forma deliberada o inadvertida, al observar se forma la idea, se piensa en como ejecutar determinada conducta para posteriormente llevarla a cabo.

El aprendizaje por experiencia propia o adquirida guía al individuo a tomar decisiones dependiendo del tipo de experiencia que haya tenido en determinada circunstancia, lo cual influye en su forma de actuar en el presente y probablemente en el futuro.

Considerando lo anterior se puede inferir que la práctica de la lactancia materna puede estar determinada por la experiencia de la mujer sobre todo si ha lactado o ha visto que algún miembro de su familia la practica.

- **Instigadores de la Conducta.** Gran parte de la conducta esta bajo el control de estímulos de modelamiento, esto es, conducirse como los demás, lo cual resulta satisfactorio porque los modos prevalecientes han dado pruebas de ser más funcionales, el cómo una determinada actitud incurre en elevados costos de premiación o castigo, de acuerdo a la percepción, existe la posibilidad que intervengan procesos que activen determinadas emociones que favorezcan o no el actuar de igual manera, así se genera una activación emocional en los observadores.

Los instigadores del modelamiento pueden influir en la conducta del individuo de acuerdo a las condiciones y circunstancias y la forma de como actúan los demás va a producir un aumento o disminución de las emociones del individuo para actuar como las otras personas.

Esta influencia encauzadora de la atención puede ocasionar que los observadores actúen de la misma manera sin que llegue a ser una imitación y se le conoce como instigador externo de la conducta.

Quando la mujer actúa como los demás por formar parte de un grupo social esta se siente aceptada lo cual le deja una sensación de bienestar; si la práctica de la lactancia materna es aceptada en su grupo social la mujer decidirá lactar, porque existe un estímulo emocional el cual le producirá una sensación de seguridad y bienestar al saber que cumple con los roles establecidos por una sociedad.

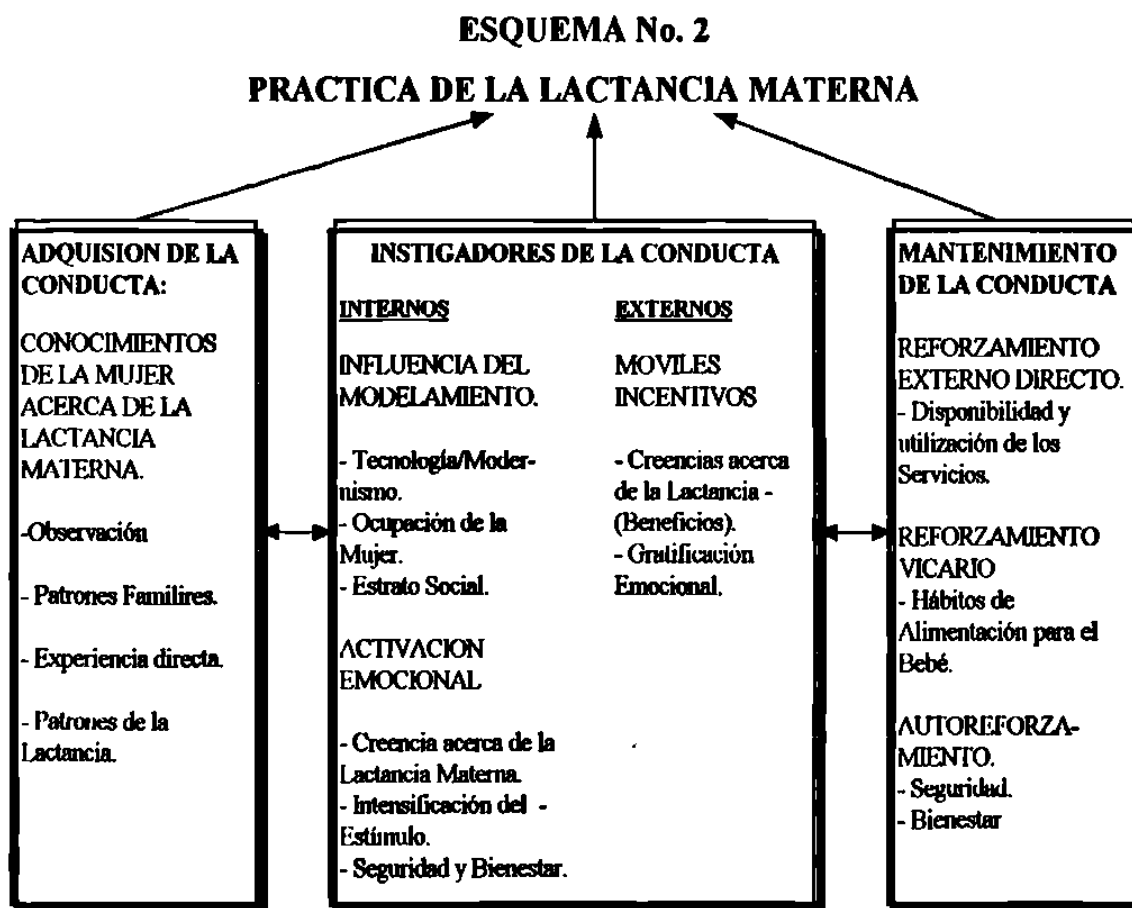
La capacidad cognoscitiva de los humanos para representar consecuencias futuras los ayuda a guiar sus conductas mediante resultados que se proyectan en el tiempo, el móvil incentivo es el jalón de la recompensa esperada. Cuando la mujer tiene la gratificación emocional y el conocimiento de los beneficios que la lactancia materna ofrece y está convencida del bienestar y seguridad que su hijo va a recibir puede ser un factor influyente para que decida lactar al seno materno. A esta percepción y conceptualización de los beneficios se le conoce como instigador interno de la conducta.

- Condicionantes del Mantenimiento de la Conducta. La conducta se controla por sus consecuencias. La teoría distingue tres formas de control de reforzamiento:
 - Reforzamiento externo directo. Las recompensas extrínsecas adquieren importancia debido a que por su naturaleza causan la aceptación o el rechazo por parte de los individuos.
 - Reforzamiento vicario. Los resultados observados influyen en la conducta directamente. La gente se beneficia con los éxitos y los errores de los demás al igual que con sus propias experiencias.
 - Autorreforzamiento positivo. Observar la conducta incrementa la tendencia de comportarse igual si es un acto recompensado, y si es castigado ésta tendencia se evita o se atenúa. La percepción va a influir de acuerdo a la conceptualización de cada individuo de lo que es conducta aceptable. Los seres humanos regulan sus propias acciones por las consecuencias de satisfacción, sentimientos de dignidad, cuando esto es sentido ocurre el autorreforzamiento positivo.

La aplicación de esta teoría de aprendizaje social en este estudio de investigación es apropiada debido a que permitió comprender las razones por las cuales la mujer

decide o no lactar al seno. Considerando que su decisión puede estar influenciada por los beneficios recibidos o por otros instigadores o estímulos positivos que alentan a la mujer a desarrollar determinada conducta; en este caso la práctica de la lactancia materna.

La adquisición de la conducta puede darse por los conocimientos que la mujer tiene acerca de la lactancia materna, éstos conocimientos pueden obtenerse por observación, patrones familiares, experiencia propia y/o adquirida o por los mismos patrones de la lactancia de la mujer. El conducirse como los demás, genera una activación emocional, de tal manera que los instigadores externos de la conducta pueden influir en la mujer de acuerdo a sus condiciones y circunstancias dadas por el modernismo y la tecnología, ocupación, estrato social, creencias relacionadas con los beneficios, y las sensaciones que pueda percibir como seguridad y bienestar o por los sentimientos afectivos que actuarían como instigadores internos. Este paralelismo se puede evidenciar en el siguiente esquema:



Modelo de la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura (1975)
Adaptado en contenido por Quezada Cáceres (1995)

2.3 Estudios relacionados

Conforme pasan los días la gente se vuelve mas consciente y siente la necesidad de prevenir las enfermedades, promover y mantener el bienestar. Esta situación brinda una excelente oportunidad para que la enfermera comunitaria durante la consulta prenatal refuerce la tradición de amamantar y enseñe a las mujeres que son madres, la forma en que deben amamantar, en qué tiempo debe ocurrir el destete, cómo y cuándo debe ocurrir la ablactación. Así mismo se le debe informar y explicar la importancia del porqué el recién nacido debe ser colocado inmediatamente al seno después del parto, incluso cuando todavía no hay una buena producción de leche ya que el niño al succionar estimula y acelera la producción de la misma. (Zurbia, 1991).

En un estudio realizado en Finlandia por Veronnen en 1988 se encontró que el personal de enfermería mostraba resistencia para eliminar la administración de fórmulas lácteas en el hospital; sin embargo, después de un entrenamiento, encontraron interesante distribuir su tiempo entre las madres, orientándolas sobre las ventajas y técnicas de la lactancia materna, en lugar de proporcionar sucedáneos de la leche.

Por otra parte Román R.(1994) realizó un estudio en las enfermeras de un hospital público de Sonora y cita que sólo el 20 por ciento ($n=50$) mencionó que platicaba con las madres acerca de los ventajas que la lactancia materna ofrece o cualquier otro aspecto relacionado con ésta; el 64 por ciento dijo que no proporciona ninguna clase de información a las mujeres puérperas y de estas la mitad aproximadamente refiere no hacerlo por no estar informada acerca de la fisiología del proceso de la producción láctea y los factores que los favorecen y la obstaculizan.

Un estudio realizado en Monterrey, Nuevo León por Durán (1992), concluyó que la probabilidad de éxito para que se practique la lactancia materna está dada por el número de hijos y la persona que da la orientación. A menor número de hijos y orientación dada por el equipo de salud mayor probabilidad de éxito. La autora cita

que las mujeres dieron algunas razones por las cuales decidieron alimentar al seno y entre ellas se encuentra la recomendación dada por enfermería.

Leyva y Cols.(1994), observaron que la asesoría o consejo nutricional durante la estancia hospitalaria independientemente quien la diera se asociaba con la lactancia. En el grupo de los tres meses de edad la mayoría de las madres que continuaron amamantando a sus hijos, recibió esta información por parte de las enfermeras. Los resultados de este estudio coinciden con los informados por Lillig y Lackey en Malinalco, México. Los autores sugieren que se proporcione orientación permanente e individualizada por enfermería a todas la madres en el período puerperal.

Los reportes de un estudio realizado en dos municipios de Guadalajara, México, por Vega M. y González G. (1993), refieren que en mujeres menores de 20 años, el que la mujer no sea casada y pertenezca a una clase social alta son factores de riesgo para la duración de la lactancia materna y cuando se conjugan estos tres factores el porcentaje de niños expuestos aumenta para que estos sean amamantados solamente 30 días o menos.

En un estudio realizado por Santos I. y Col. (1990) en colonias marginadas de Guadalajara, la escolaridad materna tuvo una influencia decisiva sobre la alimentación al seno. Las madres con mayor escolaridad refirieron la alimentación artificial y aquellas con menor escolaridad manifestaron una mayor tendencia a la lactancia materna ($9.79 < 0.05$). También refieren que la paridad o número de hijos influyó en el hábito de lactar. Las madres primíparas amamantaron más a sus hijos que las multiparas (25 por ciento vs 14 por ciento).

En el estudio realizado en Malinalco, Estado de México por Pérez S. (1991) se observó la tendencia de que las madres de mayor escolaridad amamantan menos que aquellas menos escolarizadas.

CAPITULO 3

METODOLOGIA

El estudio se realizó en una población urbana de la ciudad de Mérida, Yucatán, México, la población fueron mujeres usuarias de los servicios de salud que ofrece el IMSS en tres unidades de medicina familiar. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal, (Polit,1994), dado que la recolección de los datos se realizó mediante la aplicación del cuestionario por una sola vez y se indagaron aspectos pasados.

3.1 Sujetos del estudio.

El universo del estudio estuvo constituido por el total de mujeres que fueron atendidas de parto en un Centro Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS).

Para la muestra, se utilizó un muestreo no probabilístico, la selección se realizó utilizando método aleatorio irrestricto, con un margen de error de 0.5. y con un nivel de significancia de 95 por ciento Para calcular el tamaño de la muestra se consideró un universo de 4,500 mujeres, dicho universo correspondió al total de mujeres que fueron atendidas en la unidad del estudio de Julio de 1994 a Junio de 1995, las cuales fueron

derechohabientes adscritas a tres Unidades de Medicina Familiar No. 56, 58 y 59.

Posteriormente se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Npq}{(N-1)D = Pq}$$

$$D = (B/Z / 2)^2$$

De donde se obtuvo un total de 355 mujeres las cuales posterior a la aplicación del instrumento formaron de manera natural dos grupos: Un grupo de mujeres que amamantan y el otro de mujeres que no amamantan

Criterios de Inclusión.

- Todas aquellas mujeres que tenían hijos menores de un año de edad sin trastorno neonatal.
- Todas aquellas mujeres que llevaron a su hijo menor de un año al Programa de Control del Niño Sano a las unidades de medicina familiar del IMSS seleccionadas para el estudio.
- Todas aquellas mujeres que acudieron a la consulta de medicina familiar con su hijo menor de un año.
- Mujeres con hijos menores de un año y cuyo domicilio se encontró ubicado en los límites del anillo interior de la ciudad de Mérida.

Criterios de Exclusión.

- Todas aquellas mujeres que fueron diagnosticadas con V.I.H. o tuberculosis.

3.3 Material

De los recursos necesarios para el desarrollo de la investigación fue preciso contar con el apoyo de un asesor metodológico, un asesor estadístico, así como la

participación de seis enfermeras especialistas y dos enfermeras generales que laboraban en los módulos de materno infantil de las unidades de medicina familiar seleccionadas para el estudio.

Para el sustento teórico se recurrió a los diferentes sistemas de apoyo, se seleccionaron las referencias bibliográficas necesarias. Así mismo, se tabuló el gasto que generó la investigación mediante un presupuesto, así también se estimó el tiempo necesario para el desarrollo de la investigación descrito en el cronograma de actividades (Apéndice A).

Se utilizó un cuestionario (Apéndice B), diseñado por la investigadora tomando como base el usado por Durán y Moreno en 1992, en el estudio Modelo Predictivo del Exito de la Lactancia. Constó de dos partes: Datos sociodemográficos y aspectos socioculturales, ambas partes sumaron un total de 39 preguntas se aplica con el apoyo de las enfermeras especialistas del módulo materno infantil de cada clinica. Se estima que su aplicación llevó de 15 a 20 minutos cada uno.

El instrumento fue sometido a una prueba piloto en dos momentos, primero en 30 mujeres que acudieron al Módulo de Control del Niño Sano de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.57 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),y después fue aplicado a 30 mujeres en la UMF No. 59. Dicha prueba se aplicó con el fin de identificar las variables motivos del estudio, para medir el tiempo que se llevaba en contestar el instrumento, la claridad de los términos empleados al elaborar las preguntas y para medir la validez interna del mismo.

Una vez procesados los resultados de la prueba se realizaron los ajustes necesarios con la finalidad de hacerlos claros y entendibles tomando en consideración que fueron aplicados a mujeres de diferente estrato social, medio y bajo, esto según los criterios aplicados por el INEGI de acuerdo a la localización y ubicación del domicilio de las mujeres en las áreas geográficas poblacionales, se presume que en la zona Norte de la ciudad se encuentra la gente con mayor ingreso per capita, en tanto que en la zona Sur se encuentra la población con menor ingreso y menos recursos.

3.4 Procedimiento

Previa autorización por parte de las autoridades de cada unidad donde se se realizo el estudio , se acudió a ellas para la observación de los registros del Módulo de Control del Niño Sano donde se lleva el control de las citas que se otorgan a las mujeres con hijos menores de seis años de edad, se revisaron semanalmente y se seleccionó a las mujeres con hijos menores de un año que fueron citadas para el control del crecimiento y desarrollo de su hijo, en cada módulo de las unidades de Medicina Familiar seleccionadas para el estudio. A las asistentes médicas de los consultorios de medicina familiar se le solicitó la relación de las mujeres que acudirían al consultorio para atención de sus hijos menores de un año, sin importar el motivo de consulta siempre y cuando hayan sido citadas.

Ya identificadas y seleccionadas las madres al azar, se hizo un listado con los datos de identificación y se les asignó un número correlativo del uno al 355 el cual correspondía al número de cuestionario, este fue aplicado en el consultorio de materno infantil o en la sala de espera de la consulta externa, previa autorización y aceptación en forma verbal de la candidata a formar parte de la muestra, siempre y cuando hubiesen cumplido con los criterios de inclusión. Se agradeció a las madres su participación, y cuando fue necesario se proporcionó orientación e información expresa solicitada por las mujeres con el fin de aclarar alguna duda o proporcionar información requerida sobre la lactancia materna.

A los colaboradores que fungieron como encuestadores, se les capacitó acerca del llenado del cuestionario mediante un instructivo (Apéndice C), se les informó de las características del estudio y lo que se pretendía investigar.

Los cuestionarios fueron revisados y codificados por el investigador responsable. El análisis de los datos se realizó utilizando paquetes estadísticos como el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) y el Sistema de Análisis Estadísticos

(SAS), a través de los cuales se obtuvieron frecuencias, promedios, chi cuadrada, coeficiente de correlación, para el efecto del análisis factorial se hizo mediante el procedimiento Catmod.

La interpretación de los resultados se realizó de manera descriptiva, señalando la correlación existente entre las variables y aceptación o rechazo de hipótesis.

3.5 Ética del estudio

El estudio no representó ningún riesgo para las mujeres que participaron en él, y de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud en relación a los principios científicos y éticos, prevaleció el respeto a la dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar como lo establece el artículo 13 al respetar el derecho de no aceptación para participar en el estudio.

Los cuestionarios se manejaron respetando el anonimato y protegiendo la privacidad del individuo sujeto de investigación, por lo que se les pidió veracidad en sus respuestas artículo 16. A las mujeres que decidieron retirarse del estudio se les aceptó respetando su derecho establecido en el artículo 18 y 21.

Al invitar a las mujeres a participar en el estudio se les pidió su consentimiento en forma verbal y se les informó el objetivo del estudio. Como retribución se ofreció orientación acerca de la lactancia materna y se les aclararon sus dudas con relación a esta.

El compromiso del investigador con las autoridades de la institución en donde se realizó el estudio fue de dar a conocer los resultados obtenidos mediante una sesión programada y se les entregará una copia del artículo final de la investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS.

Para la interpretación y el análisis de los resultados se siguió el mismo orden en que se recabó la información. En la primera parte se contemplaron aspectos sociodemográficos como: edad, estado civil, escolaridad, ubicación del domicilio y número de hijos. Con los resultados obtenidos se tiene que el 68.2 por ciento de las mujeres estudiadas se encontraban entre los 20 y 29 años de edad, el 88.5 por ciento eran casadas, el 72.4 por ciento con escolaridad elemental (primaria y/o secundaria); de acuerdo a la ubicación de su domicilio y a los criterios del INEGI el 74.1 por ciento viven en la zona Sur con lo que se presume pertenecen a la clase baja o media baja, el 78.8 por ciento se dedican a las labores del hogar y la mayoría de ellas tiene entre 2 y 4 hijos. (Tabla No. 1).

TABLA NO. 1
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
DE LAS MUJERES DEL ESTUDIO
MERIDA YUCATAN, 1995

VARIABLE	n = 355	
	Total	%
EDAD		
15 - 19	43	12.1
20 - 29	242	68.2
30 - 40	50	19.7
ESTADO CIVIL		
Solteras	20	5.6
Casadas	314	88.5
Unión Libre	21	5.9
ESCOLARIDAD		
Elemental	257	72.4
Superior	98	27.6
UBICACION DEL DOMICILIO		
Norte	92	25.9
Sur	263	74.1
OCUPACION		
Labores Domésticas	280	78.8
Hogar	8	2.3
Fuera del Hogar	67	18.9
NUMERO DE HIJOS		
1	141	39.7
2 - 4	190	53.5
5 - >	24	6.8

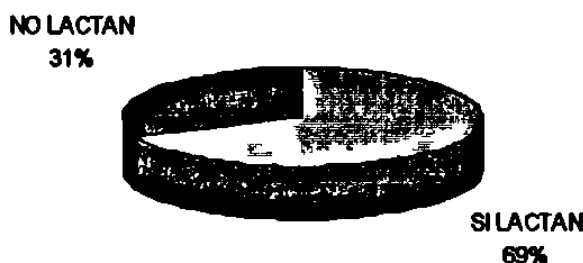
Fuente: Cuestionario Aprendizaje Social y Lactancia Materna (CASYLM).

4.2 Sociocultura de la Mujer

Esta variable está conformada por los indicadores de la influencia del modelamiento, modernismo, tecnología, creencias acerca de los beneficios de la lactancia materna, activación emocional; que a su vez comprenden a los elementos instigadores de la adquisición de la conducta y el mantenimiento de la misma del modelo adaptado en contenido de A. Bandura. Los resultados son los siguientes:

FIGURA NO. 1

**PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA
EN LAS MUJERES DEL ESTUDIO
Mérida, Yucatán
1995**



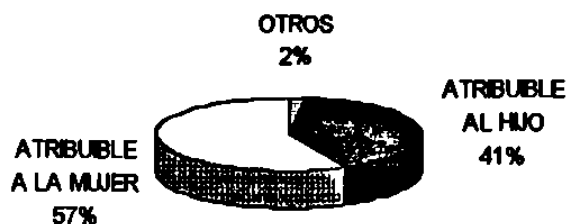
Fuente: CASYLM

n = 355

El 69 por ciento (245) de las mujeres se encontraban amamantando a sus hijos y el 31 por ciento (110) ya no la practicaban. Estas últimas amamantaron a sus hijos hasta los tres meses o menos. El 51 por ciento de las mujeres que amamantaban lo hacían de cuatro a siete veces al día, otras lo hacían más de ocho veces, el siete por ciento lo hacían a libre demanda.

FIGURA No. 2

MOTIVOS REFERIDOS PARA NO AMAMANTAR
 Mérida, Yucatán
 1995



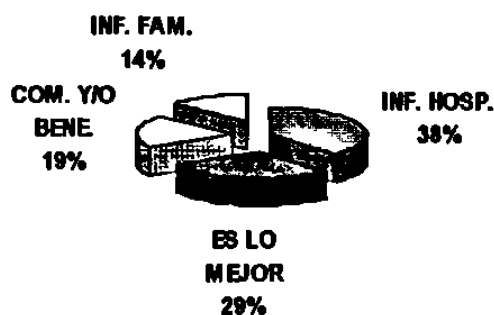
Fuente: CASYLM

n=110

De las 110 mujeres que no se encontraban amamantando a sus hijos refirieron no hacerlo principalmente por causas atribuibles a ellas como el desempeñar otra actividad, motivos de salud o por causas fisiológicas atribuidas al hijo.

FIGURA NO. 3

ARGUMENTO REFERIDO POR LAS MUJERES PARA AMAMANTAR A SU HIJO
 Mérida, Yucatán
 1995



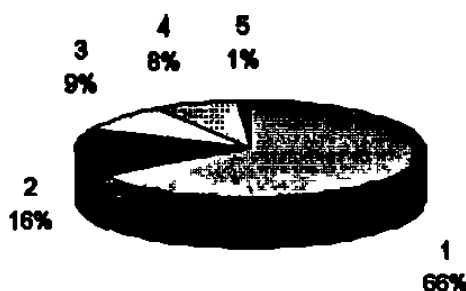
Fuente: CASYLM

n=245

Al indagar acerca del porque amamantaban a sus hijos, de las 245 mujeres que en ese momento se encontraban lactando refirieron hacerlo en un 38 por ciento por haber recibido información en el hospital; otras por comodidad y/o beneficios o por la influencia de familiares y amigos.

FIGURA NO 4

**BENEFICIOS PARA EL HIJO REFERIDOS POR LAS
MUJERES QUE AMAMANTAN
Mérida, Yucatán
1995**



- | |
|-----------------------------|
| 1. Previene Enfermedad |
| 2. Crecimiento y Desarrollo |
| 3. No Sabe |
| 4. Amor y Seguridad |
| 5. Lazos Afectivos |

Fuente: CASYLM

n=245

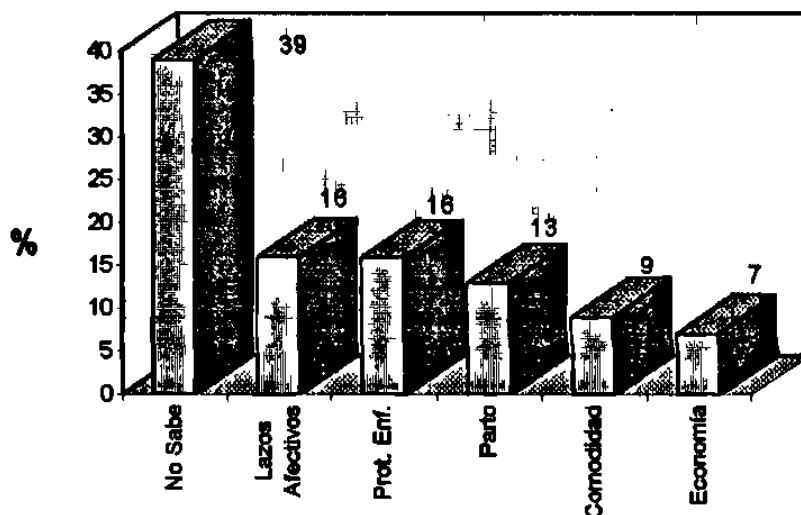
Con los datos referidos por las mujeres en éste tópico es importante hacer notar que la mayoría de ellas lo atribuyen principalmente a los beneficios que recibe el hijo al prevenir las enfermedades con el 66 por ciento y un 16 por ciento para favorecerlo en la etapa del crecimiento y desarrollo. No resulta tan importante para ellas los lazos afectivos y un nueve por ciento desconoce los beneficios.

Sin embargo, llama la atención el que las mujeres que se encontraban amamantando en su mayoría el 39 por ciento no saben que beneficios reciben ellas al amamantar, y de las que refieren conocer algún beneficio, le dan poca importancia a la economía.

FIGURA NO 5

BENEFICIOS MATERNO IDENTIFICADOS POR LAS MUJERES AL AMAMANTAR A SUS HIJOS

Mérida, Yucatán
1995



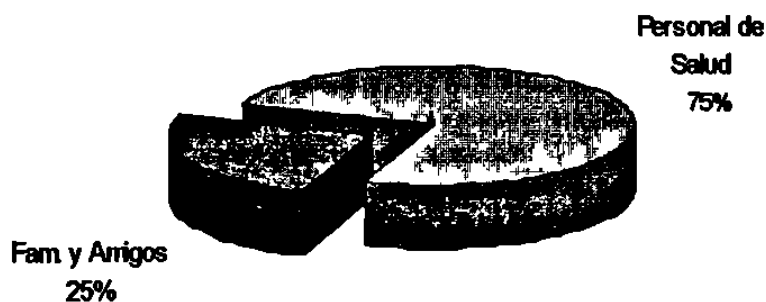
Fuente: CASYLM

n = 355

FIGURA NO. 6

ENCAUSADORES DE MODELAMIENTO PARA AMAMANTAR

Mérida, Yucatán
1995



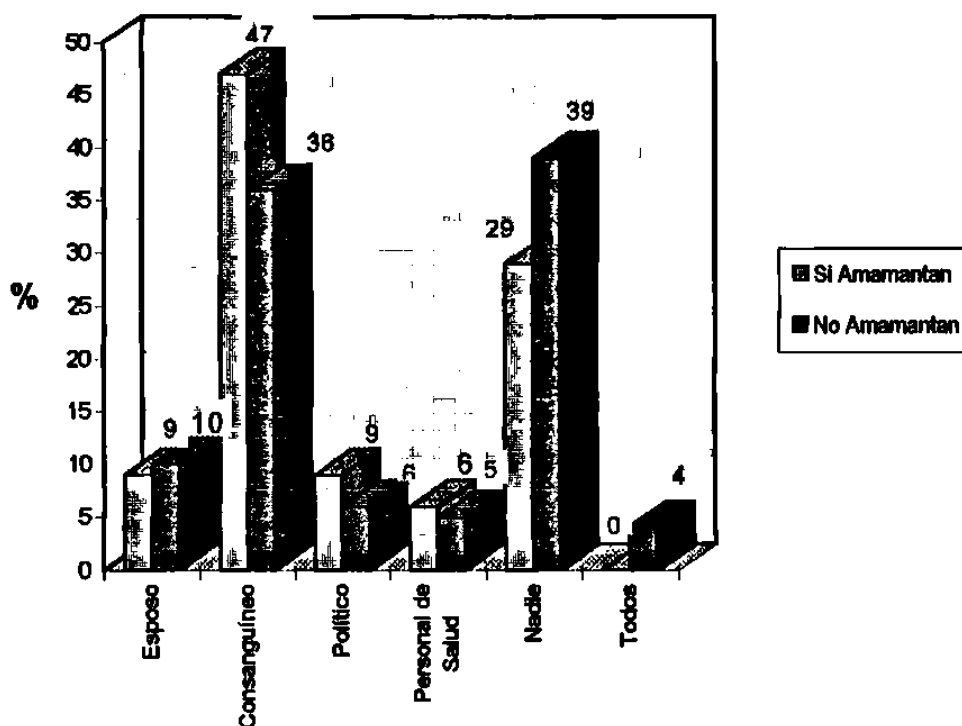
Fuente: CASYLM

n = 355

El personal de salud mediante la información que proporciona a las mujeres es quien encausa, en un 75 por ciento para que éstas decidan amamantar a sus hijos, es importante señalar que la figura que más identifican es a la enfermera; el 25 por ciento restante son familiares y amigos.

FIGURA NO. 7

**FIGURAS DE MODELAMIENTO QUE INFLUYEN
EN LAS MUJERES PARA QUE AMAMANTEN**
Mérida, Yucatán
1995



Fuente: CASYLM

n = 355

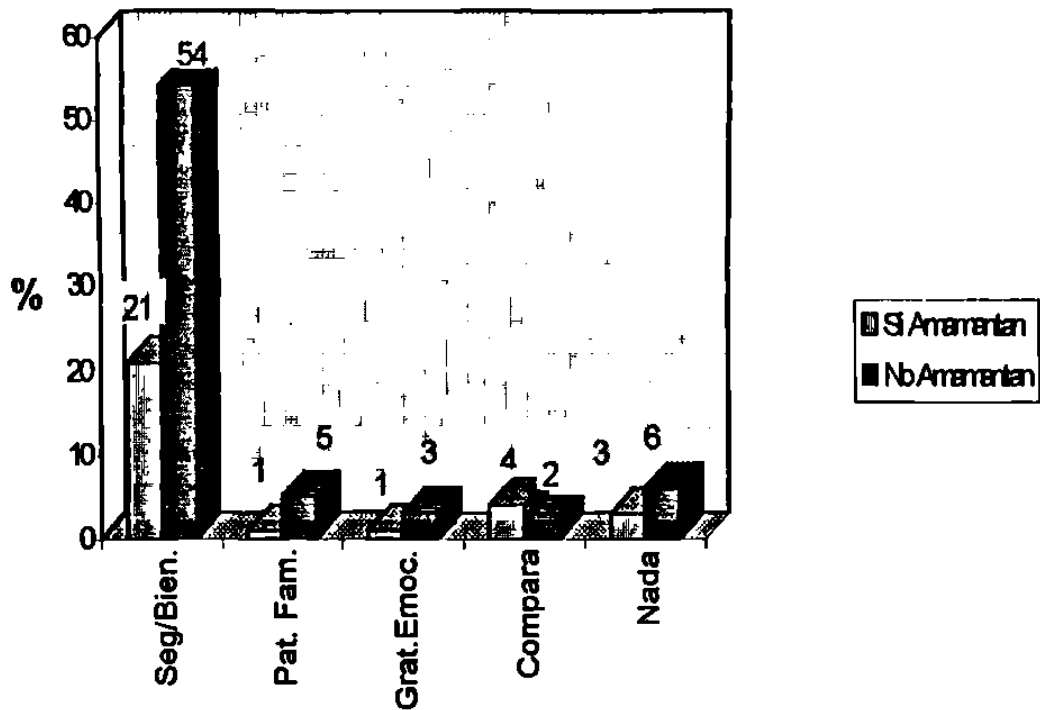
Del parentesco consanguíneo es la madre la figura principal que las mujeres identifican y aceptan que influye en ellas para que decidan amamantar a sus hijos, esto para todas las mujeres del estudio.

Aunque en menor porcentaje aparece el esposo como modelador de la conducta.

FIGURA NO. 8

**OPINION DE LA MUJER ACERCA DE LAS AMIGAS
O FAMILIARES QUE AMAMANTAN**

Mérida, Yucatán
1995

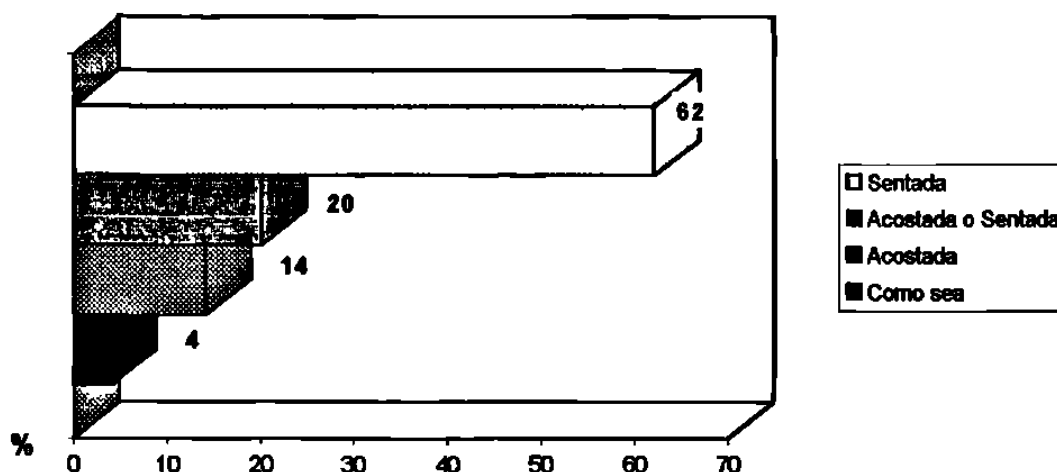


Fuente: CASYLM

n=144

Las mujeres entrevistadas respondieron que piensan que sus amigas y familiares políticos que amamantan a sus hijos lo hacen mayormente por seguridad y bienestar, muy pocas lo hacen por gratificación emocional o por un patrón familiar.

FIGURA NO. 9
POSICION EN QUE LAS MUJERES PREFEREN AMAMANTAR
 Mérida, Yucatán
 1995

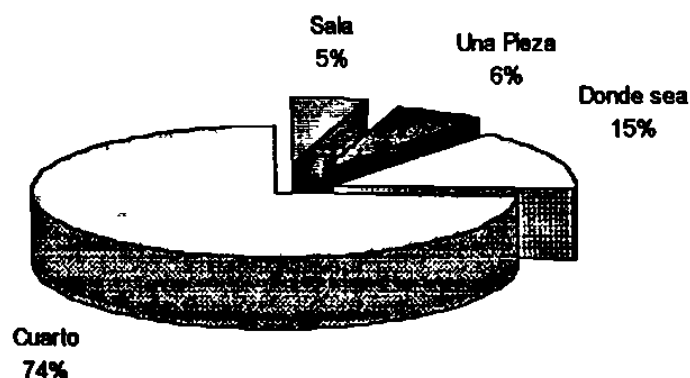


Fuente: CASYLM

n=245

De las 245 mujeres que amamantan la mayoría prefieren hacerlo sentadas, con el niño de frente a ellas (62 por ciento); en la posición acostada el 14 por ciento y a las otras les es indiferente la posición.

FIGURA NO. 10
LUGAR QUE PREFEREN LAS MUJERES PARA AMAMANTAR
 Mérida, Yucatán
 1995



Fuente: CASYLM

n= 245

El 74 por ciento de las mujeres refieren amamantar a sus hijos en el cuarto de su casa, lo que hace pensar que tienen un lugar específico para ello, en tanto un 15 por ciento refiere hacerlo donde sea; y otras mujeres, el seis por ciento solamente cuentan con una pieza.

FIGURA NO. 11

**MOTIVOS REFERIDOS POR LAS MUJERES
PARA SUSPENDER EL ACTO DE AMAMANTAR**
Mérida, Yucatán
1995



Fuente: CASYLM

n= 245

En relación a los motivos que refieren las mujeres para suspender la tetada, la mayoría (90 por ciento), atribuye a causas relacionadas con el hijo como son: el bebé se duerme o queda satisfecho, por técnica para hacerlo eructar, únicamente el 10 por ciento se relaciona con factores atribuibles a la mujer como el que se ocupen de sus otros hijos o por atender otros quehaceres.

FIGURA NO. 12

**PROPORCION DE MUJERES QUE RECIBIERON
DOTACION LACTEA**
Mérida, Yucatán
1995



Fuente: CASYLM

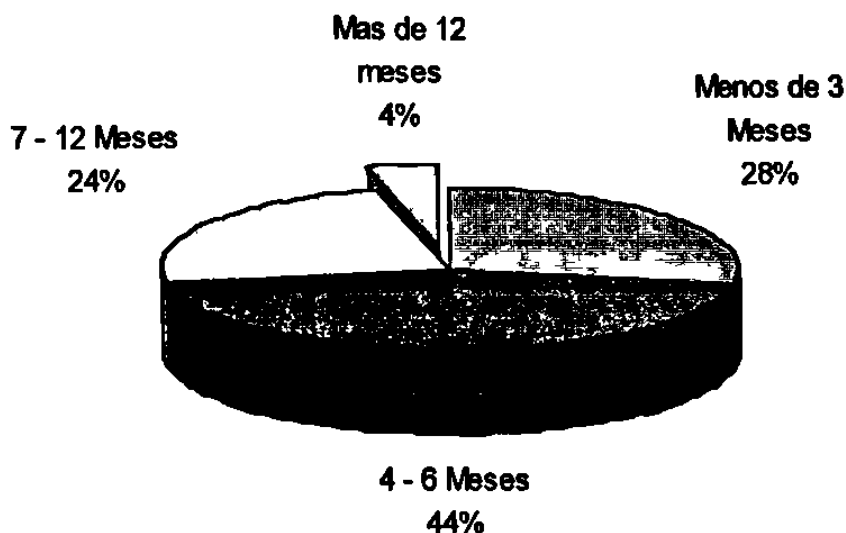
n = 213

De las mujeres entrevistadas que se encontraban amamantando a sus hijos al preguntárseles si recibían la dotación de leche a la que por prestación social tienen derecho,

el 60 por ciento contestó que sí, pero de estas mujeres el 36 por ciento la recibieron durante los tres primeros meses de vida del hijo y el 57 por ciento cuando este tenía de cuatro a seis meses. Como hallazgo importante relacionado con este resultado cabe mencionar que a tres médicos familiares y seis enfermeras del módulo de materno infantil se les preguntó porque daban la leche antes de los seis meses como está estipulado, a lo que respondieron que por presión de la misma mujer o algún otro miembro de su familia y para evitarse conflictos.

FIGURA NO. 13

DURACION DE LA LACTANCIA
 Mérida, Yucatán
 1995



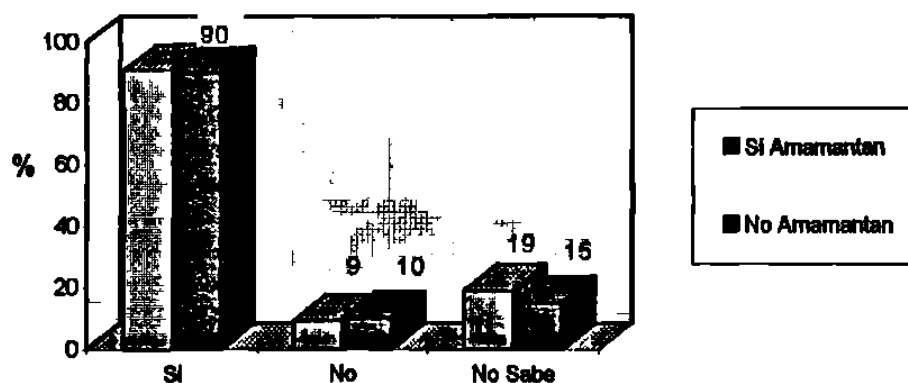
Fuente: CASYLM

n = 355

Con estos resultados se observa que las mujeres en su mayoría lo realizan hasta los seis meses, sin embargo, un 28 por ciento lo realizó hasta los tres meses o menos.

FIGURA NO. 14

ANTECEDENTE MATERNO DE HABER SIDO AMAMANTADAS
 Mérida, Yucatán
 1995



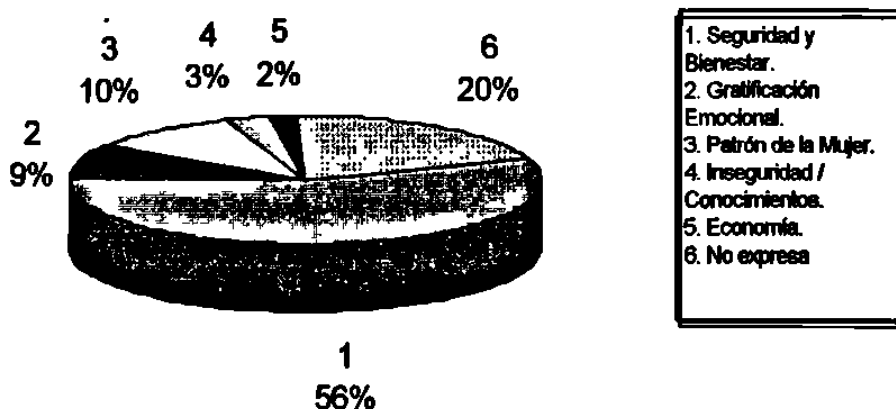
Fuente: CASYLM

n = 355

En relación a este tópico se observa que ambos grupos de mujeres refieren haber sido amamantadas. En su mayoría, se enteraron porque la mamá se los dijo, siendo esta la principal figura de modelamiento.

FIGURA NO. 15

OPINION DE LAS MUJERES DEL PORQUE FUERON AMAMANTADAS
 Mérida, Yucatán
 1995



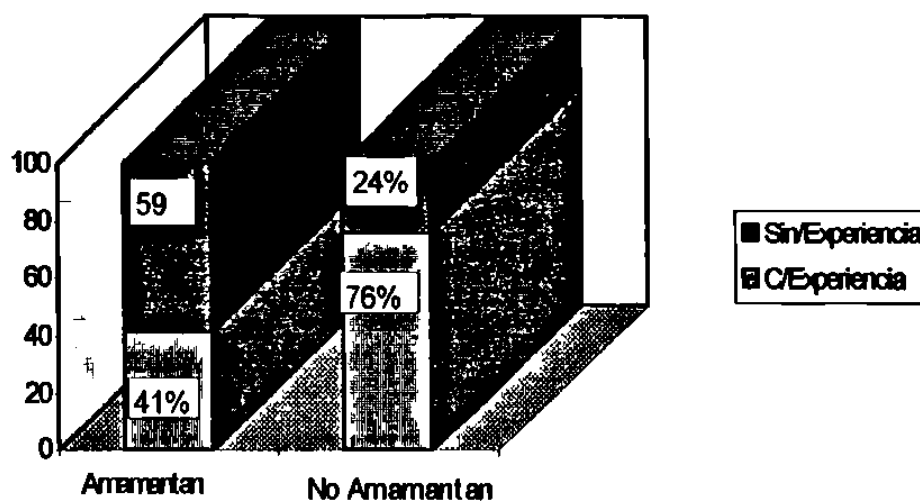
Fuente: CASYLM

n = 355

El 56 por ciento de las mujeres que fueron amamantadas refirieron que fueron amamantadas por seguridad y bienestar, esta opinión la manifestaron más las mujeres que ya no amamantaban a sus hijos.

FIGURA NO.16

MUJERES CON EXPERIENCIA PREVIA EN LACTANCIA MATERNA
Mérida, Yucatán
1995



Fuente: CASYLM

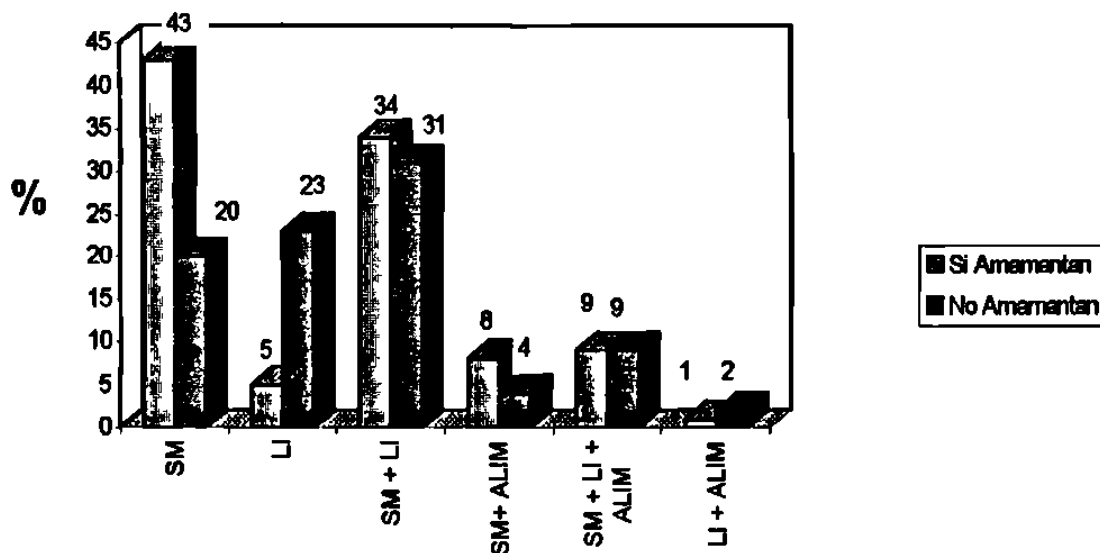
n = 355

Se obtuvo como resultado que tanto las mujeres que amamantan como las que ya no lo hacen reportaron experiencia previa en lactar a sus otros hijos, notoriamente es mayor la proporción que decide amamantar. Sin embargo, respecto a la población total, las mujeres con experiencia tienen mayor probabilidad de amamantar que las que no la tienen (32 por ciento y 18 por ciento, respectivamente).

FIGURA NO 17

**CRITERIO MATERNO PARA LA PRACTICA DE LA
LACTANCIA MATERNA EN MENORES DE 4 MESES**

Mérida, Yucatán
1995



Fuente: CASYLM

n= 355

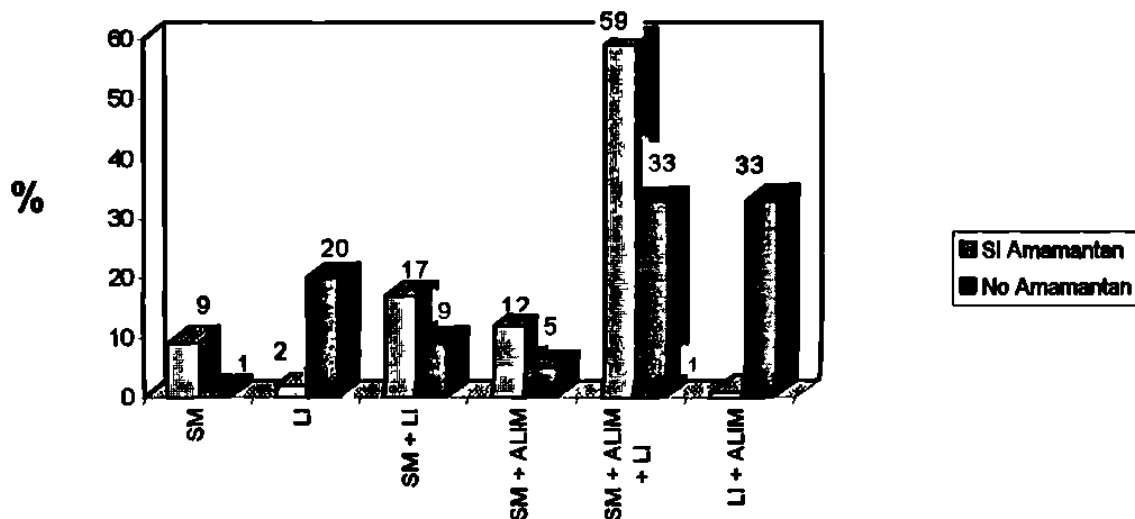
Menos del 50 por ciento de los niños menores de un año son alimentados con leche materna en forma exclusiva durante los tres primeros meses de vida; el patrón de alimentación que predomina es leche industrializada y seno materno.

Las razones que refieren las mujeres para alimentar a sus hijos menores de cuatro meses con una alimentación mixta, se debe a tres motivos: primero por indicación médica, en segundo término para que se llene el bebé y en tercer lugar por la información de familiares y amigos.

FIGURA NO. 18

**CRITERIO MATERNO PARA LA PRACTICA DE
LA LACTANCIA EN MAYORES DE 4 MESES**

Mérida, Yucatán
1995



Fuente: CASYLM

n=355

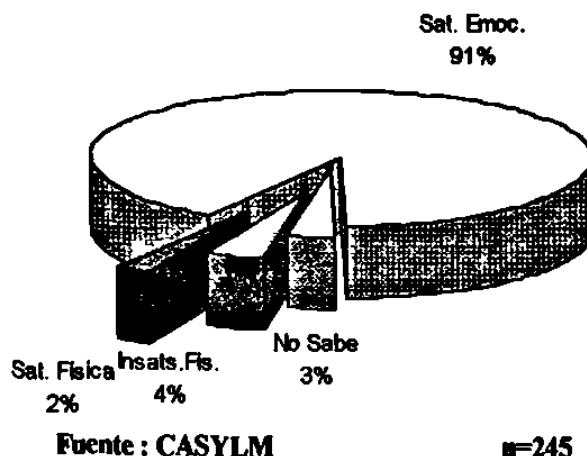
Después de los cuatro meses solamente el 10 por ciento de las mujeres practican la lactancia materna exclusiva para alimentar a sus hijos, la mayoría de las mujeres, lo hace con una alimentación mixta a base de seno materno, leche industrializada y otros alimentos.

La indicación médica prevalece como motivo principal referido por las mujeres para alimentar a sus hijos de esa manera, la segunda respuesta de mayor importancia es para que se llene su bebé.

FIGURA NO. 19

**SENSACION DE LAS MUJERES AL
AMAMANTAR A SUS HIJOS**

Mérida, Yucatán
1995

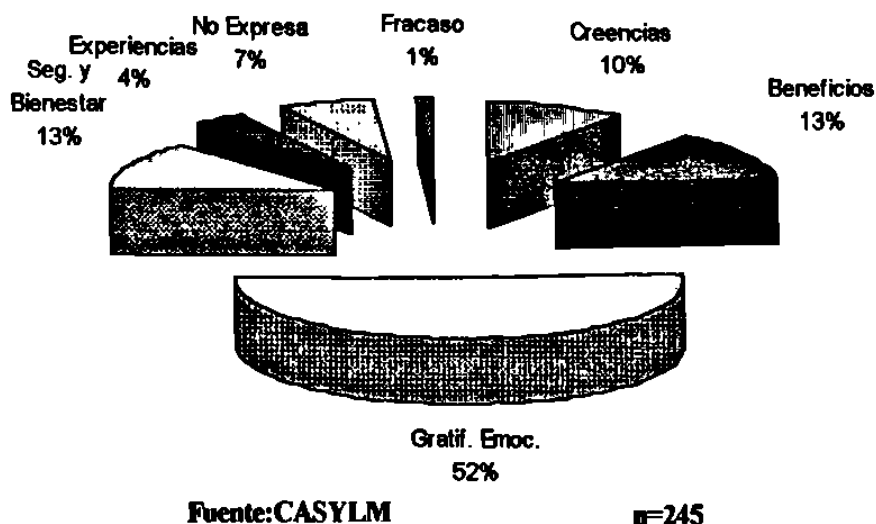


La satisfacción emocional es la principal sensación referida por las mujeres con un 91 por ciento.

FIGURA NO. 20

**INTERPRETACION QUE LA MUJER LE DA
A LA SENSACION DE AMAMANTAR**

Mérida, Yucatán
1995



Esa sensación al amamantar es interpretada como gratificación emocional por la mayoría de las mujeres en un 52 por ciento.

4.3 Análisis

Se buscó primeramente relacionar los beneficios que la mujer cree la leche materna proporciona al hijo con la práctica de amamantar, relación no significativa, aún cuando el beneficio mayormente referido por la mujeres que alimentan a sus hijos con seno materno porque previene enfermedades.

El patrón de alimentación para el hijo de acuerdo a la edad de éste, se buscó al relacionar la variable edad del hijo con la variable de amamantar donde se obtuvo que desde los tres primeros meses de vida los hijos fueron alimentados de dos maneras: con seno materno exclusivamente y alimentación mixta.

De esta relación con valor de 9.688 llamó la atención que los niños son alimentados con alimentación mixta desde los tres primeros meses de vida.

De los instigadores externos de la conducta que actúan como figura de modelamiento para que la mujer decida lactar o no, el resultado obtenido fue significativo con un valor para la Chi Cuadrada de 7.961, con dos grados de libertad y una probabilidad de 0.01.

Entre las figuras que más influyen en la mujer para que amamante se encuentra la familia y las amigas.

La relación entre la sensación percibida y práctica de amamantar fue significativa con un valor de 13.576 para la chi cuadrada con tres grados de libertad y un nivel alfa de 0.00.

La experiencia previa de amamantar como instigador social no resultó ser significativa para la práctica de la lactancia materna, sin embargo, las mujeres que amamantaron a sus otros hijos, son las que amamantan en mayor proporción (65 por ciento) en relación a las que no los amamantaron.

El modernismo, la disponibilidad y uso de los servicios de salud actúan como instigadores de la conducta de la mujer. La relación de estas variables resultó significativa con un valor para chi cuadrada de 16.710, con un grado de libertad y nivel de significancia de cero.

Buscando un factor que tuviese efecto sobre la práctica de amamantar se uso el procedimiento Catmod para la relación de los factores: práctica de amamantamiento, con la escolaridad y el número de hijo, donde se obtuvo por análisis de varianza que el valor residual de chi cuadrada es moderadamente significativo (5.14) con una probabilidad de 0.07 con un grado de libertad.

Siguiendo el mismo procedimiento se eliminó la variable número hijos y se colocó con escolaridad y práctica de la lactancia materna, donde se obtuvo que el efecto de la ocupación es significativo con un valor residual de chi cuadrada de 9.71 y con un grado de libertad y una probabilidad de 0.00.

El último modelo realizado con este procedimiento fue la intersección de los factores ocupación y número de hijos con la práctica de amamantar donde se obtuvo que número de hijos es moderadamente significativo y ocupación es significativa con valores para chi cuadrada de 4.14 y 11.47, una probabilidad de 0.04 y 0.00, con un grado libertad respectivamente.

Con estos resultados se infiere que las mujeres que se dedican a las labores del hogar tienen una probabilidad del 73 por ciento más de amamantar a sus hijos en relación con las que laboran fuera del hogar, al igual que las mujeres con sólo un hijo tienen más probabilidad de amamantar con un 73 por ciento en relación a las mujeres que tienen más de un hijo.

Las mujeres sin pareja tienen la probabilidad de amamantar en 75 por ciento más que las mujeres con pareja. (Veáse la siguiente tabla)

TABLA NO. 2

**INSTIGADORES SOCIALES QUE SE RELACIONAN CON
PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA
Mérida, Yucatán. 1995**

VARIABLE	X2 Calculada	X2 Teórica	Gl	α
Ocupación	11.47	10.83	1	0.00
Patrón de Alimentación para el hijo según su edad.	9.68	9.49	4	0.04

TABLA NO. 2 (Continúa)

VARIABLE	X2 Calculada	X2 Teórica	Gl	α
Patrón de Alimentación de los hijos menores de tres meses y la decisión de amamantar.	16.71	10.83	1	0.00
Figuras de modelamiento de la conducta y la decisión de amamantar	7.96	9.21	2	0.01
Sensación experimentada por la mujer al amamantar como reforzamiento vicario.	13.57	16.27	3	0.00

Fuente: CASYLM

n = 355

CAPITULO 5

DISCUSION

Los resultados obtenidos en ésta investigación se aproximan a los datos proporcionados por el INEGI (1990), cuando señala que en México el 50 por ciento de los niños no son amamantados. En el presente estudio se obtuvo que de los niños emeritenses sólo el 43 por ciento son amamantados hasta los tres meses o menos y además a esta misma edad ocurre la alimentación mixta. Esta situación no ha variado, la Encuesta Nacional de Salud realizada en 1986 reporta que el 42.2 por ciento de los niños mexicanos recibieron leche materna en sus primeros meses de vida. Lo que no parece ser propia de una zona o región de la República Mexicana sino que tiende a generalizarse, sobre ello el Diario Oficial (1991) lo refiere como un problema de salud. La morbilidad por cuadros diarreicos ha ido aumentando en los niños que no son amamantados.

En 1993, Vega y González realizaron un estudio de los factores socioculturales maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, en mujeres derechohabientes del IMSS donde hallaron que el destete ocurre antes de los cuatro meses, resultados similares a los del presente trabajo, también refiere, que las mujeres a pesar de tener conocimientos acerca de los beneficios de la lactancia materna proporciona, solamente el 49 por ciento de las mujeres de ese estudio refirieron haber alimentado al bebé con el método natural, el resultado es similar en cuanto al tiempo de amamantamiento sin embargo, las mujeres entrevistadas en Mérida no todas conocían los beneficios que la leche materna les proporciona a ellas y a sus hijos.

Polanco en 1991, realizó un estudio en Yucatán donde se reporta que la ablactación fue precoz, a cinco años de distancia y con la realización del presente trabajo se destacan los mismos resultados, es decir, no se encontró diferencia en relación al patrón de alimentación en los niños yucatecos.

La principal razón que las mujeres argumentan para no lactar a sus hijos es atribuida a la indicación médica, esto puede ser factible dado que el 58 por ciento de las mujeres entrevistadas recibieron dotación láctea a la que tienen derecho antes de los seis meses. Lo deseado es que esta prestación social la recibieran cuando menos después de los seis meses. Lo anterior concuerda con los datos obtenidos por Vega y González (1993), donde las autoras señalan que 1000 niños aproximadamente de los municipios de Guadalajara no han sido amamantados por haber recibido la dotación láctea durante el primer año de vida.

Por otra parte Shelton (1990), señala que la modernización e industrialización son factores que tienen una fuerte repercusión para modificar los hábitos de la mujer y que no solo puede influir en la práctica de amamantamiento, sino que también en el hecho de como alimentar a sus hijos y en que momento debe ocurrir la ablactación.

En relación a estos aspectos Bandura (1975), señala que gran parte de la conducta está bajo el control de estímulos del modelamiento, esto es conducirse como los demás. Los instigadores del modelamiento pueden influir en la conducta del individuo de acuerdo a las condiciones y circunstancias, en este caso puede ser que la mujer actúe por tomar parte de un grupo social y si la práctica de la alimentación mixta es aceptada en ese contexto social es probable que la mujer decida llevarla a cabo por cumplir con los roles establecidos por la sociedad y le dará una sensación de bienestar.

En relación a las figuras de modelamiento que influyen en la mujer para que amamante se encuentra la familia, en este estudio la figura principal que actúa como tal es la madre. Leddy, S. (1989), afirma que estas redes de apoyo social son importantes para la conformación de sus creencias y comportamientos, y que de ellas la más importante es la de sus familiares y además son quienes pueden ejercer algún tipo de influencia. Estos datos concuerdan además con los obtenidos por Sánchez (1993), en

el estudio que realizó en Guadalupe, Nuevo León donde las mujeres que formaron parte del estudio refirieron que la influencia para que lacten fue familiar.

Claiborne (1987) refiere que las amigas y las mujeres de la familia son la fuente de influencia para la alimentación de los niños, además identifica otra figura de modelamiento que puede influir en la mujer que son las amigas más cercanas. Estos resultados concuerdan con los del presente estudio, donde además de las figuras señaladas empieza a surgir la del esposo y estos han sido considerados por UNICEF y OMS, y las recomiendan en su estrategia cuando la señalan que son necesarias para fomentar la lactancia materna, además deben participar los miembros de la familia y otras redes de apoyo social.

La gratificación emocional y el reforzamiento vicario están dados por la sensación que la mujer experimenta al realizar la práctica de amamantamiento y se traduce en una satisfacción interna significativa acentuándose más cuando reconoce o percibe los beneficios que recibe, cuando esto sucede ocurre el reforzamiento vicario y existe la probabilidad de que la mujer repita el hábito de amamantar. Sin embargo a pesar de que las mujeres del estudio manifestaron amor, felicidad, seguridad, bienestar y de señalar los beneficios que el hijo recibe al amamantar, sólo el 69 por ciento de ellas amamantan y de éstas el 43 por ciento lo hace solamente durante los tres primeros meses; cifra aproximada a la referida por Dustine en 1991, cuando señala que el 51 por ciento de las mujeres amamantan .

De acuerdo a Bandura, esta percepción va a influir de acuerdo a la conceptualización de cada individuo de lo que es conducta aceptable. Los seres humanos regulan sus propias acciones por las consecuencias de satisfacción y sentimientos de dignidad.

Con los argumentos realizados y los resultados del estudio, se puede concluir que se acepta la hipótesis de que **la sociocultura de la mujer actúa como instigador social en la práctica de la lactancia materna**, especialmente con los indicadores: patrón de alimentación del hijo de acuerdo a su edad, figuras del modelamiento para la práctica de la lactancia materna, así como los encausadores y la sensación experimentada al amamantar.

5.1 Conclusiones

- En relación a la hipótesis se concluye que es la sociocultura de la mujer la que actúa como instigador social en la práctica de la lactancia materna.
- A pesar de la política a nivel nacional de fomentar la práctica de la lactancia materna en forma exclusiva durante los tres primeros meses de vida del niño, esta no se lleva a cabo por factores sociales que actúan como modelamiento de las conductas como son: la ocupación, estado civil y número de hijos, así como la prestación social a la que tienen derecho.
- Las mujeres de la población de Mérida, tienden a conformar un patrón de lactancia materna caracterizada por el abandono de esta práctica, durante los primeros tres meses, tendencia identificada desde hace cinco años.
- De la familia, la figura materna se identifica como el principal instigador externo para la conducta de amamantar, la figura del esposo empieza a emerger como instigador.
- Los sentimientos de amor, felicidad y la sensación de seguridad y protección que se brinda a amamantar son los principales instigadores internos y son los que pueden llevar al reforzamiento vicario.
- Son las mujeres las que determinan como alimentar a sus hijos pero finalmente son influenciados por factores socio-culturales como los patrones de alimentación, las figuras de modelamiento de la conducta como la madre y el esposo, la sensación experimentada, al amamantar que actúan como instigadores de la práctica de amamantamiento.

- Las mujeres sin pareja, con un menor número de hijos y que no trabajan tienen mayor probabilidad de amamantar a sus hijos.
- Del personal de salud la figura que más identifican las mujeres como encausadores del modelamiento externo es la enfermera.
- La teoría de A. Bandura (1975) permitió identificar los encausadores y las figuras de modelamiento que influyen en la mujer para que esta decida practicar la lactancia materna.

5.2 Recomendaciones

- Los servicios de salud deben reconsiderar el sistema de dotación láctea a los derechohabientes, debido a que se contrapone a la política y estrategias para fomentar la práctica de alimentación materna.
- Sensibilizar a las mujeres mediante la educación de que los beneficios que ofrece la lactancia materna se obtienen y garantizan cuando la alimentación se hace exclusivamente con leche materna.
- Esta educación deberá ser dirigida tanto a las mujeres como al esposo que esten en contacto con la mujer.
- Reorientar la estrategia de educación al fomentar la práctica de alimentación materna reforzando los beneficios principalmente.
- El personal de enfermería responsable de la promoción de la lactancia materna debe explotar su condición de género, de mujer a mujer al llevar a cabo dicha actividad.

- Continuar realizando estudios relacionados con la práctica de la lactancia materna utilizando la Teoría del Aprendizaje Social considerando todos sus elementos por la utilidad reflejada en el presente trabajo acerca de los instigadores de la conducta.
- Los resultados del estudio deben ser tomados con cautela dado que el instrumento fue elaborado para esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ander-Egg, E. Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad. El ateneo. México. (1982).
- Bandura, Albert y Ribes Iñesta Emilio. Modificación de Conducta. Análisis de la Agresión y la Delincuencia. Ed. Trillas. México.
- Berry & Sons. Human Ecology and Cognitive Style, New York: Jhon Whilwey. (1976).
- Boletín de Iniciativa de los Hospiales Amigo del Niño. IMSS. México (1992).
- Broom, L. Sociología. Un Texto con Lecturas Adaptadas. De. Continental. México 93-98. (1984).
- Claiborne I. Dungy. Prácticas y Creencias de Mujeres Mexicanas Relacionadas con la Alimentación de los Lactantes. Consecuencias para los Programas de Apoyo de la Lactancia Materna. Estados Unidos. Revista Salud Fronteriza. 3:4 (1987).
- De León Kantu, Socorro, E.E. Fonseca. Grado de Conocimiento del Personal de Enfermería acerca de Programas de la Lactancia Materna. Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda". San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México. 1993.
- Diario Oficial. Secretaría de Salud. México. (1991).
- Durán López, Refugio. G. Moreno. Desarrollo de un Modelo Predictivo de Exito para Alimentación al Seno Materno. Facultad de Enfermería, UANL, México, 1992.
- Encuesta Nacional de Salud. México, D.F. 1986.

Haymer, Lawrence. Desarrollo de la Conducta de Alimentación durante la Lactancia. Clínicas de Enfermería. 1991.

Helsing. Guía práctica para una buena lactancia. Ed. Pax, México. (1985).

Ibañez Brambila, Berenice. Manual para la Elaboración de Tesis. Ed. Universidad Iberoamericana, México, 1982.

IMSS. Manual de Lactancia Materna. Jefatura de Salud Reproductiva y Materno Infantil. México. (1992).

Kroeger, y Luna R. Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos. Ed. Pax México. (1992).

Leddy S y Peper J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. (1989).

Leyva, Pacheco R. Bardig M. y otros. Variables Asociadas a Patrones de Lactancia en Tijuana, México. Revista Salud Pública. 36(2) 164-167. (1994).

Leyva, Pacheco R. y Jiménez, C. Variables Asociadas a Patrones de Lactancia en Tijuana, México. Revista Salud Pública. 36(2) 21-27. (1994).

Manual de Normas y Procedimientos del Hospital Amigo del Niño y de la Madres. C.H. 62 No. 24. Poza Rica, Veracruz, México, IMSS. (1994).

McCann, M. y Bender, D. Práctica de Alimentación Materna Infantil en Zonas Rurales de Bolivia. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Ed. Organización Panamericana de la Salud. (15:2, 118-126). (1993).

O.P.S. Las condiciones de salud en las Américas Latinas. 2a. (1990).

O.P.S. Educación en Lactancia para los Profesionales de la Salud. Universidad de Georgetown, Washington, D.C. EUA (1990).

- Pérez, E. Rafael y Dewey, K. Epidemiología de la Lactancia Materna en Zonas Rurales y Urbanas de México. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ed. Organización Panamericana de la Salud. 114:5 (1993).
- Pérez, Gil Romo S. Rueda Arroniz I. Principales Aspectos Socioculturales Relacionados con la Lactancia en Malinalco Estado de México. Archivo Latinoamericano de Nutrición. 41:2, 182-196. (1991).
- Pérez Gil Romo, Sara Elena y F. Rueda Aróniz. Lactancia y Cuidado de los Hijos: Estudio de Casos en dos Zonas Rurales de México. Revistas de Salud Pública. 35:692-699 (1993).
- Polanco R. y Suárez A. R. Hábitos y Tendencias de la Lactancia Materna en dos Grupos de Mujeres del Estado de Yucatán. Situación sobre la función reproductora. Memorias del Taller de Nutrición. 1991, Mérida, Yucatán.
- Polit, D. y Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4a. edición. Ed. Interamericana, McGraw-Hill, México. (1994).
- Population Reports, La Lactancia Materna, la fecundidad y la planificación familiar, 1981.
- Rodríguez, R., y Shaeter, L. Nuevos conceptos de la lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. Bol. Of Sannit Panam III(1), 1991.
- Rojas Soriano, Raúl. Métodos para Investigación Social. Una Proposición Dialéctica. Ed. Plaza y Valdez, México. (1987).
- Roman. El Personal de Enfermería como Promotor de la Lactancia Materna. Boletín Clínico del Hospital de Sonora. 7:1. Año VII.
- Sánchez A. Utilización de la Lactancia Materna en una Comunidad Suburbana de Guadalupe, Nuevo León. Tesis (Inédita) de Maestría. Fac. de Enfermería, UANL. (1992).
- Santos Torres, I. y Vázquez Edgar. Hábitos de Lactancia Materna en Colonias Marginadas de Guadalupe. Boletín Médico Hospital Infantil. México 47:5 318-323 (1990).

UNICEF, Sistema Nacional de Salud. Lactancia Materna. Materiales para capacitación. Vol. 2. Secretaría de Salud, México, 1992.

Valdespino, J. y Cols. (1989). Encuesta Nacional de Salud. 1986. Patrones de lactancia y ablactación en México. Salud Pública de México. Vol. 31 (6) p.p. 725-734.

Vandale, Susan, Reyes H. y otros. Promoción de la Lactancia Materna. Revista Salud Pública. México 34:1 (1992).

Vega López, Gpe. y González, Guillermo. Factores Maternos Asociados a la Duración de la Lactancia en Areas Periféricas de Guadalajara, México. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ed. Organización Panamericana de la Salud. 115:2, 118-126 (1993).

Wilson Berenice. Un Enfoque Sistemático para la Práctica de Enfermería. Clínica de Enfermería.

Zurbia, I. Lactancia Materna: Conceptos práctcos para médicos. Hospital General de México. (1991).

APENDICES

APENDICE A
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

APENDICE B

CUESTIONARIO

APRENDIZAJE SOCIAL Y LACTANCIA MATERNA

APENDICE B

CUESTIONARIO

APRENDIZAJE SOCIAL Y LACTANCIA MATERNA

Objetivo: Conocer algunos aspectos que favorecen la conducta materna de alimentar al seno materno a sus hijos lactantes.

Código _____

I. SECCION S.D.

- | | |
|------------------------------------|-------|
| 1. Edad: | _____ |
| 1) 15 a 19 | |
| 2) 20 a 29 | |
| 3) 30 a 40 | |
| 4) > de 41 | |
| 2. Estado civil: | _____ |
| 1) Soltera | |
| 2) Casada | |
| 3) Unión libre | |
| 4) Divorciada o separada | |
| 3. Escolaridad: | _____ |
| 1) Primaria | |
| 2) Secundaria | |
| 3) Preparatoria o técnica | |
| 4) Profesional | |
| 4. Número de hijos: | _____ |
| 1) 0 -1 | |
| 2) 2 - 4 | |
| 3) 5 - > | |
| 5. Edad del último hijo: | _____ |
| 1) 1 a 3 meses | |
| 2) 4 a 6 meses | |
| 3) 7 a 9 meses | |
| 4) 10 a 12 meses | |
| 5) < de 1 mes | |
| 6. Clínica a que pertenece. | _____ |
| 1) UMF No. 56 | |
| 2) UMF No. 58 | |
| 3) UMF No. 59 | |

7. Nombre de la colonia donde vive. _____

II. SECCION S.C.

8. Ocupación materna. _____

- 1) Hogar exclusivamente
- 2) Fuera del hogar
- 3) Trabaja en su casa

9. Usted amamanta a su hijo? _____

- 1) Si
- 2) No

10. Si la respuesta es no, diga a partir de que mes lo dejó de hacer. _____

- 1) < de 30 días
- 2) 1-3 meses
- 3) 4-7 meses
- 4) > 8vo. mes
- 8) No atribuible

11. Si no amamantó al seno materno especifique la causa. _____

- 1) Problemas de salud de la madre
- 2) Problemas de salud del hijo
- 3) Por laborar fuera del hogar
- 4) Por rechazo del niño
- 5) Porque es mejor el biberón
- 6) Se seco/ poca leche
- 8) No atribuible

12. Cuántas veces lo amamanta al día? _____

- 1) 1-3
- 2) 4-7
- 3) > 8
- 4) Cuantas veces quiera
- 8) No atribuible

13. Diga en qué posición lo amamanta? _____

- 1) Sentada
- 2) Acostada
- 3) Acostada/sentada
- 4) Como sea
- 5) Parada
- 8) No atribuible

- 14. En qué lugar de su casa lo amamanta?** _____
- 1) Cuarto
 - 2) Sala
 - 3) Una pieza
 - 4) Donde sea
 - 5) Comedor
 - 8) No atribuible
- 15. Cuando está amamantando porqué lo interrumpe?** _____
- 1) El bebé queda satisfecho
 - 2) El bebé se duerme
 - 3) Porque se ocupa en quehaceres
 - 4) Por atender a sus otros hijos
 - 5) Para sacarle el aire
 - 8) No atribuible
- 16. Refiera las razones de amamantar de la manera que lo hace.** _____
- 1) Información del hospital
 - 2) Información de familiares
 - 3) Información de medios de comunicación
 - 4) Por comodidad y/o beneficios
 - 5) Por ser lo mejor para el bebé
 - 6) Por rechazo del bebé
 - 8) No atribuible
- 17. Qué beneficios cree usted que su hijo recibe cuando usted lo amamanta?** _____
- 1) Previene enfermedades
 - 2) Favorece el crecimiento y desarrollo
 - 3) Da amor y seguridad
 - 4) Favorece lazos afectivos
 - 5) No sabe
 - 8) No atribuible
- 18. Señale tres importantes beneficios para usted al lactar al seno materno.** _____
- 1) Protege contra enfermedades
 - 2) Ayuda después del parto
 - 3) Por comodidad
 - 4) Por economía
 - 5) Favorece lazos afectivos
 - 6) No sabe
 - 8) No atribuible

19. **¿Quién le dijo como amamantar a su hijo?** _____
- 1) Médico
 - 2) Enfermera
 - 3) Trabajadora social
 - 4) Desconoce la categoría del personal del equipo de salud
 - 5) Familiares y / o amigas
 - 8) No atribuible
20. **¿Le proporcionan leche industrializada en su consultorio?** _____
- 1) Si
 - 2) No
 - 8) No atribuible
21. **Si la respuesta es sí, diga a partir de qué mes?** _____
- 1) Del 1er. al 3er. mes
 - 2) Del 4to. al 6^{to}. mes
 - 3) Del 7mo. al 12avo. mes
 - 8) No atribuible
22. **¿Qué tipo de alimentación siguió con su hijo menor de cuatro meses?** _____
- 1) Seno materno exclusivamente
 - 2) Alimentación mixta.
23. **¿Por qué lo alimentó de ésta manera?** _____
- 1) Por indicación médica
 - 2) Para que se llene el bebé
 - 3) Por falta de leche materna
 - 4) Por información de familiares y amigas
 - 5) Por comodidad
 - 6) Para que conozca otros alimentos
24. **¿Qué tipo de alimentación láctea siguió con su hijo mayor de cuatro meses?** _____
- 1) Seno materno exclusivamente
 - 2) Alimentación mixta.
25. **¿Por qué lo alimentó de ésta manera?** _____
- 1) Por indicación médica
 - 2) Para que se llene el bebé
 - 3) Por falta de leche materna
 - 4) Por información de familiares y amigas
 - 5) Por comodidad
 - 6) Para que conozca otros alimentos
 - 8) No atribuible

26. **¿Cuál fue el primer alimento que tomó su hijo al nacer?** _____
- 1) Agua azucarada
 - 2) Seno materno
 - 3) Leche industrializada
 - 4) No sabe
27. **¿De las personas cercanas a usted, quién influyó más para que decida lactar a su hijo?** _____
- 1) Esposo
 - 2) Familiares consanguíneos
 - 3) Familiares políticos
 - 4) Personal de Salud
 - 5) Todos
 - 6) Nadie
28. **Esa persona ¿Alimentó a su hijo?** _____
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No atribuible
29. **¿Cómo se siente o sentía usted cuando amamantaba?** _____
- _____
- _____
30. **Explique con sus propias palabras esa sensación.** _____
- _____
- _____
31. **¿Alguna mujer cercana a su vida cotidiana está lactando?** _____
- 1) Si
 - 2) No
 - 3) SR
32. **¿Quién es ?** _____
- _____
33. **¿Qué piensa de ella?** _____
- _____
34. **¿Ha amamantado usted a sus otros hijos?** _____
- 1) Si
 - 2) No
 - 8) No atribuible

35. Si la respuesta fue sí, ¿a cuántos amamantó? _____

- 1) Uno
- 2) Dos
- 3) Tres
- 4) Cuatro o más
- 8) No atribuible

36. ¿Cuánto tiempo los amamantó? _____

- 1) Menos de 3 meses
- 2) De 4 a 6 meses
- 3) De 7 a 12 meses
- 4) Más de 12 meses
- 8) No atribuible

37. ¿A usted la amamantaron? _____

- 1) Si
- 2) No
- 3) No sabe

38. ¿Cómo se enteró? _____

**39. ¿Qué opinión tiene de que usted
haya sido amamantada?** _____

APENDICE C

GUIA DE LLENADO DEL CUESTIONARIO APRENDIZAJE SOCIAL Y LACTANCIA MATERNA

APENDICE C

GUIA DE LLENADO DEL CUESTIONARIO APRENDIZAJE SOCIAL Y LACTANCIA MATERNA

CONSIDERACIONES GENERALES

1. El cuestionario será llenado a lápiz, seleccionando la respuesta correcta y colocando el número correspondiente en el espacio de la derecha.
2. En las preguntas abiertas escribir textualmente lo que la mujer entrevistada responda. No interpretar su respuesta.
3. Todas las preguntas de selección múltiple tienen una sola respuesta. A excepción de las preguntas número 17 y 18 que pueden tener una o varias respuestas.
4. No deben quedar preguntas sin respuestas.
5. El número 8 corresponderá siempre a no atribuible, esto es cuando la pregunta no puede ser aplicada a la mujer por no haber opción de respuesta.
6. El número 9 corresponderá siempre cuando la mujer no responda.

1. SECCION SOCIODEMOGRAFICA (SD).

Pregunta No. 1. La edad será considerada en años cumplidos, ubicando la respuesta en el grupo que corresponda.

Pregunta No. 2. Al interrogar acerca del estado civil se mencionaran todas las opciones para que la entrevistada elija la respuesta correcta.

Pregunta No. 3. Cuando se indique acerca de la escolaridad se consideran estudios terminados a excepción de la primaria donde se incluirá la respuesta aunque no se hayan cursado los seis años.

Pregunta No. 4. Número de hijos, se incluirán a todos los hijos.

Pregunta No. 5. La edad del último hijo será anotado en meses cumplidos.

Pregunta No. 6. Se seleccionará la clínica a la que esta adscrita.

II. SECCION SOCIOCULTURAL (S.C.)

Pregunta No. 8. En relación a la ocupación materna en la opción trabaja en su casa será considerada cuando la mujer además de realizar las labores propias del hogar percibe un ingreso económico por desarrollar otra actividad en su mismo domicilio.

Pregunta No. 9. Cuando la mujer responda afirmativamente, ya no se indagará acerca de las preguntas 10 y 11; solamente se seleccionará el número 8 y se pasará a la pregunta no. 12 hasta el número donde sólo se seleccionará una respuesta. Si la respuesta es no, se preguntará la No. 10 y 11 y pasar a la pregunta no. 20; las preguntas de la 12 a la 19 se colocará el número 8 que corresponda a no atribuible.

Pregunta No. 20. Cuando la respuesta sea no, se obviará hacer la pregunta no. 21, y se colocará el no 8 en el lugar de la respuesta.

De la pregunta No. 21 y 30. Se llenarán siguiendo las consideraciones generales.

Pregunta No. 31. Cuando la respuesta sea no, obvian las preguntas 32 y 33 colocando en el espacio el número 8 o las siglas N.A.

Pregunta No. 34. Cuando la mujer no haya amamantado a otros hijos, obvian las preguntas no. 35 y 36 y colocar en el espacio correspondiente el número 8 o las siglas N.A.

Pregunta No. 37. Si la mujer no fue o no sabe si fue amamantada, seleccionar la opción correspondiente a no sabe o no y dar por terminada la entrevista. Si la respuesta es afirmativa y anunciar que ya solo faltan dos preguntas para contestar preparar el tiempo de la entrevista.

APENDICE D
PROGRAMA DE CAPTURA Y ANALISIS DE DATOS

APENDICE D

PROGRAMA DE CAPTURA Y ANALISIS DE DATOS

```

DATA LACTANTE; /* LORNA02.SAS (1/03/1996) */
INFILE 'LORNAO.DAT' LRECL=320 MISSOEVER;
OPTIONS NODATE PAGESIZE=70
INPUT EDAD EDOCIVIL ESCOLARI NUMHIJOS EDADHIJO CLINICA COLONIA
OCUPACIO AMAMANAH QUEMESAM CAUSANO VECESAMA
COMOAMAN LUGARAMA INTERRUM RAZONES BENEHIJO QUIENDIJ
DANLECHE DEQUEMES MENOS4 PORQUE4 MAYOR4 PORMAYOR
PRIMER INFLUYO INFAMAMA SENTIA EXPLIQUE ALGUNAMU QUIENES
PIENELLA OTROAMAM CUANTOS TIEMPO LAAMAMAN ENTERO
OPINION;
;
IF EDAD LE 3 THEN TEDAD = EDAD;
IF EDAD EQ 4 THEN TEDAD = 3;
IF ESCOLAR EQ 1 OR ESCOLARI EQ THEN TESCOLAR = 1;
IF ESCOLAR EQ 2 THEN TESCOLAR = 2;
IF ESCOLAR EQ 3 OR ESCOLAR EQ 4 THEN TESCOLAR = 3;
IF NUMHIJOS EQ 1 THEN TNUMHIJO = 1;
IF NUMHIJOS GE 2 THE TNUMHIJO = 2;
IF EDADHIJO EQ 1 OR EDADHIJO EQ 5 THEN TEDADHIJ = 1;
IF EDADHIJO EQ 2 EDADHIJO EQ 3 OR EDADHIJO EQ 4 THEN TEDADHIJ = 2
IF OCUPACIO EQ 1 THEN TOCUPACI = 1;
IF OCUPACIO GE 2 THEN TOCUPACI = 2;
IF QUEMESAM LE 2 THEN TQUEMESA = 1;
IF QUEMESAM GE 3 THEN TQUEMESA = 2;
IF CAUSANO EQ OR CAUSANO EQ 3 OR CAUSANO EQ 6 THEN TCAUSAN = 1;
IF CAUSANO EQ 2 OR CAUSANO EQ 4 THEN TCAUSAN = 2;
IF CAUSANO EQ 8 THEN TCAUSAN = .;
IF QUIENDIJ LE 4 THEN TQUIENDI = 1;
IF QUIENDIJ EQ 5 THEN TQUIENDIJ = 2;
IF QUIENDIJ EQ 8 THEN TQUIENDIJ = .;
IF DEQUEMES EQ 1 THEN TDEQUEME = 1;
IF DEQUEMES EQ 2 OR DEQUEMES EQ 3 THEN TDEQUEME = 2;
IF DEQUEMES EQ 8 THEN TDQUEME = .;
IF INFLUYO LE 3 OR INFLUYO EQ 6 THEN TINFLUY = 1;
IF INFLUYO EQ 4 THEN TINFLUY = 2;
IF INFLUYO EQ 5 THEN TINFLUY = 3;
IF QUIENES LE 2 THEN TQUIENE = 1;
IF QUIENES EQ 3 THEN TQUIENE = 2;
IF QUIENES EQ 8 THEN TQUIENE = .;
IF ENTERO LE 2 THEN TENTERO = 1;
IF ENTERO EQ 3 OR ENTERO EQ 4 THEN TENTERO = 2;

```

```
IF ENTERO GE 5 THEN TENERO = . ;
IF EDOCIVIL EQ 1 OR EDOCIVIL EQ 4 THEN TEDOCIVI = 1;
IF EDOCIVIL EQ 2 OR EDOCIVIL EQ 3 THEN TEDOCIVI = 2;
CARDS;
PROC FREQ;
TABLES (BENEHIJO MENOS4 PORQUE4 INFLUYO SENTI EXLIQUE
        OTROAMAM LAAMAMAN ENTERO OPINION)* AMAMMANAH /CHI;
RUN;
/*
VARIABLES SOCIOCULTURALES:
        BENEHIJO MENOS4 PORQUE4 MAYOR 4 INFLUYO SENTIA EXPLIQUE
        OTRAMAMAAMAMAN ENTERO OPINION
*/
```



```

DATA LACTANTE; /* C: spsswin enfermer lorna lorna03.sas (12/3/96)* /
INFILE 'LORNA0.DAT' LRECL=320 MISSOEVER;
INPUT EDAD EDOCIVIL ESCOLARI NUMHIJOS EDADHIJO CLINICA COLONIA
      OCUPACIO AMAMANAH QUEMESAM CAUSANO VECESAMA
      COMOAMAN LUGARAMA INTERRUM RAZONES BENEHIJO QUIENDIJ
      DANLECHE DEQUEMES MENOS4 PORQUE4 MAYOR4 PORMAYOR
      PRIMER INFLUYO INFAMAMA SENTIA EXPLIQUE ALGUNAMU QUIENES
      PIENELLA OTROAMAM CUANTOS TIEMPO LAAMAMAN ENTERO
      OPINION;
;
IF EDAD LE 3 THEN TEDAD = EDAD;
IF EDAD EQ 4 THEN TEDAD = 3;
IF ESCOLAR EQ 1 OR ESCOLARI EQ THEN TESCOLAR = 1;
IF ESCOLAR EQ 2 THEN TESCOLAR = 2;
IF ESCOLAR EQ 3 OR ESCOLAR EQ 4 THEN TESCOLAR = 3;
IF NUMHIJOS EQ 1 THEN TNUMHIJO = 1;
IF NUMHIJOS GE 2 THE TNUMHIJO = 2;
IF EDADHIJO EQ 1 OR EDADHIJO EQ 5 THEN TEDADHIJ = 1;
IF EDADHIJO EQ 2 EDADHIJO EQ 3 OR EDADHIJO EQ 4 THEN TEDADHIJ = 2
IF OCUPACIO EQ 1 THEN TOCUPACI = 1;
IF OCUPACIO GE 2 THEN TOCUPACI = 2;
IF QUEMESAM LE 2 THEN TQUEMESA = 1;
IF QUEMESAM GE 3 THEN TQUEMESA = 2;
IF CAUSANO EQ OR CAUSANO EQ 3 OR CAUSANO EQ 6 THEN TCAUSAN = 1;
IF CAUSANO EQ 2 OR CAUSANO EQ 4 THEN TCAUSAN = 2;
IF CAUSANO EQ 8 THEN TCAUSAN = .;
IF QUIENDIJ LE 4 THEN TQUIENDI = 1;
IF QUIENDIJ EQ 5 THEN TQUIENDIJ = 2;
IF QUIENDIJ EQ 8 THEN TQUIENDIJ = .;
IF DEQUEMES EQ 1 THEN TDEQUEME = 1;
IF DEQUEMES EQ 2 OR DEQUEMES EQ 3 THEN TDEQUEME = 2;
IF DEQUEMES EQ 8 THEN TDQUEME = .;
IF INFLUYO LE 3 OR INFLUYO EQ 6 THEN TINFLUY = 1;
IF INFLUYO EQ 4 THEN TINFLUY = 2;
IF INFLUYO EQ 5 THEN TINFLUY = 3;
IF QUIENES LE 2 THEN TQUIENE = 1;
IF QUIENES EQ 3 THEN TQUIENE = 2;
IF QUIENES EQ 8 THEN TQUIENE = .;
IF ENTERO LE 2 THEN TENTERO = 1;
IF ENTERO EQ 3 OR ENTERO EQ 4 THEN TENTERO = 2;
IF ENTERO GE 5 THEN TENERO = .;
IF EDOCIVIL EQ 1 OR EDOCIVIL EQ 4 THEN TEDOCIVI = 1;
IF EDOCIVIL EQ 2 OR EDOCIVIL EQ 3 THEN TEDOCIVI = 2;
IF MENOS EQ 1 THEN TMENOS4 = 1;
IF MENOS GE 2 THEN TMENOS4 = 2;

```

```

IF PORQUE EQ 1 THEN TPORQUE4 = 1;
IF PORQUE EQ 2 OR PORQUE EQ 6 THEN TPORQUE4 = 2;
IF PORQUE EQ 3 THEN TPORQUE4 = 3;
IF PORQUE EQ 4 OR PORQUE EQ 5 THEN TPORQUE4 = 4;
IF INFLUYO LE 3 THEN TINFLUYO = 1;
IF INFLUYO EQ 4 THEN TINFLUYO = 2;
IF INFLUYO GE 5 THEN INFLUYO = 3;
IF SENTIA LE 3 THEN TSENTIA = SENTIA;
IF SENTIA GE 4 THEN TSENTIA = 4;
IF EXPLIQUE EQ 1 OR EXPLIQUE EQ 5 THEN TEXPLIQU = 1;
IF EXPLIQUE EQ 2 OR EXPLIQUE EQ 4 THEN TEXPLIQU = 2;
IF EXPLIQUE EQ 3 THEN TEXPLIQU = 3;
IF EXPLIQUE EQ 6 OR EXPLIQUE EQ 7 THEN TEXPLIQU = 4;
IF OTROAMAM EQ 8 THEN OTROAMAM = .;
IF LAAMAMAN EQ 3 THEN LAAMAMAN = .;
IF ENTERO LE 2 THEN TENTERO = 1;
IF ENTERO EQ 3 OR ENERO EQ 4 THEN TENTERO = 2;
IF ENTERO EQ8 THEN TENERO = .;
CARDS;
PROC FREQ;
    TABLES EDADHIJO*(TMENOS4 TPORQUE4) / CHISQ;
    TABLES (TMENOS4 TPORQUE TINFLUYO TEXPLIQU OTROAMAM
    LAAMAMAN TENTERO)* AMAMANAH / CHISQ;
PROC CATMOD;
    RESPONSE 1 0;
    MODEL AMAMANAH = TOCUPACI TEXPLIQU /
    FREQ ONEWAY PREDICT;
PROC CATMOD;
    RESPOSE 1 0;
    MODEL AMAMANAH = TEDOCIVIL TEXPLIQU /
    FREQ ONEWAY PREDICT;
PROC CATMOD;
    RESPONSE 1 0;
    MODEL AMAMANAH = TNUMHIJOS TEXPLIQU
    / FREQ ONEWAY PREDICT;
PROC CATMOD;
    RESPONSE 1 0 ;
    MODEL AMAMANAH = TEDOCIVIL TNUMHIJOS TOCUPACI T EXPLIQU
    / FREQ ONEWAY PREDICT;
/*
PROC CATMOD;
    RESPONSE 1 0;
    MODEL AMAMANAH = TEDAD EDOCIVIL TESCOLAR TNUMHIJOS
    TEDADHIJ TOCUPACI / FREQ ONEWAY PREDICT;
PROC CATMOD;

```

```

RESPONSE 1 0;
MODEL AMAMANAH = TEDAD EDOCIVIL TESCULAR INUMHIJOS
TOCUPACI / FREQ ONEWAY PREDICT;
PROC CATMOD;
RESPONSE 1 0;
MODEL AMAMANAH = TEDAD TESCULAR TNUMHIJOS TOCUPACI /
FREQ ONEWAY PREDICT;
PROC CATMOD;
RESPONSE 1 0;
MODEL AMAMANAH = TESCULAR THUMHIJOS TOCUPACI / FREQ
ONEWAY PREDICT;
PROC CATMOD;
RESPONSE 1 0;
MODEL AMAMANAH = TESCULAR TNUMHIJOS / FREQ ONEWAY
PREDICT;
PROC CATMOD;
RESPONSE 1 0;
MODEL AMAMANAH = TESCULAR TOCUPACI / FREQ ONEWAY
PREDICT;
PROC CATMOD;
RESPONSE 1 0;
MODEL AMAMANAH = TNUMHIJOS TOCUPACI / FREQ ONEWAY
PREDICT;
PROC CATMOD;
RESPONSE 1 0;
MODEL AMAMANAH = TNUMHIJO TOCUPACI CLINICA
TNUMHIJO*TOCUPACI TNUMHIJO*CLINICA TOCUPACI*CLINICA / FREQ
ONEWAY PREDICT;
PROC CATMOD;
RESPONSE AMAMANAH = TNUMHIJO TOCUPACI CLINICA / FREQ
ONEWAY PREDICT;
PROC CATMOD;
RESPONSE 1 0;
MODEL AMAMANAH = TNUMHIJO TOCUPACI TEDAD / FREQ ONEWAY
PREDICT;
PROC CATMOD;
RESPONSE 1 0;
MODEL AMAMANAH = TNUMHIJO TOCUPACI TEDOCIVIL / ADDCELL =
.01 FREQ ONEWAY PREDICT;
*/
RUN;
/*
MODEL AMAMANAH = TEDAD EDOCIVIL TESCULAR TNUMHIJOS
TEDADHI CLINICA TOCUPACI / FREQ ONEWAY PREDICT;
*/

```

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

LORNA VERONICA QUEZADA CACERES

**Candidato para el Grado de Maestra en Enfermería
con Especialidad en Enfermería Comunitaria**

**Tesis: EL APRENDIZAJE SOCIAL Y LA PRACTICA DE LA LACTANCIA
MATERNA.**

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud.

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Mérida, Yucatán el 8 de Octubre de 1954, hija de Pedro Quezada Palermo y Carmen Cáceres Valladares.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Grado obtenido: Licenciada en Enfermería.

Experiencia Profesional: Desempeño en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en áreas de hospitalización y administrativas.

