

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LOS FACTORES RELACIONALES, INDIVIDUALES Y MATERIALES QUE INFLUYEN EN LA APLICACIÓN DE ESTAS POR PARTE DE MADRES TRABAJADORAS DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL ÁREA URBANA Y RURAL DE QUETZALTENANGO, GUATEMALA.

TESIS DE GRADO

CLAUDIA ALEJANDRA MALDONADO SOCH DE MOIR

CARNET 15447-06

QUETZALTENANGO, FEBRERO DE 2016
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LOS FACTORES RELACIONALES, INDIVIDUALES Y MATERIALES QUE INFLUYEN EN LA APLICACIÓN DE ESTAS POR PARTE DE MADRES TRABAJADORAS DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL ÁREA URBANA Y RURAL DE QUETZALTENANGO, GUATEMALA.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

CLAUDIA ALEJANDRA MALDONADO SOCH DE MOIR

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE NUTRICIONISTA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

QUETZALTENANGO, FEBRERO DE 2016
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S.J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S.J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ALVAREZ
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. MARIA GENOVEVA NÚÑEZ SARAVIA DE CALDERÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. MARÍA DEL ROSARIO GARCÍA MEZA

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA MARINA TZUL TZUL DE SAJQUIM

MGTR. JULIETA ZURAMA AFRE HERRERA DE VENTURA

LIC. MARTA LUCÍA ESCOBAR SÁNCHEZ

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO



DIRECTOR DE CAMPUS:	P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.
SUBDIRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	P. JOSÉ MARÍA FERRERO MUÑIZ, S.J.
SUBDIRECTOR ACADÉMICO:	ING. JORGE DERIK LIMA PAR
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO:	MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ
SUBDIRECTOR DE GESTIÓN GENERAL:	MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango 02 de febrero de 2016

Licenciada
Sonia Barrios MA.
Coordinadora de la Carrera de Nutrición
Universidad Rafael Landívar
Presente

Estimada Licenciada Barrios:

Reciba por este medio un cordial saludo. El motivo de la presente es para comentarle que en mi calidad de asesora, luego de acompañar y revisar la elaboración del trabajo de tesis de la estudiante **Claudia Alejandra Maldonado Soch**, titulado: **Cumplimiento de las recomendaciones de lactancia materna y alimentación complementaria y los factores relacionales, individuales y materiales que influyen en la aplicación de éstas por parte de madres trabajadoras (Estudio realizado con madres trabajadoras de niños menores de 2 años del área urbana y rural de Quetzaltenango)**, he encontrado que la misma cumple con los criterios de calidad técnica y de forma esperados para un trabajo de esta naturaleza.

Por lo anterior agradezco se faciliten los trámites correspondientes para continuar con el proceso de revisión y defensa requeridos por la Universidad para optar al título de Nutricionista en grado de Licenciada.

Agradezco de antemano su atención y quedo en comunicación para cualquier asunto que este proceso requiera,

Atentamente



María del Rosario García MA.
Asesora de tesis



Orden de Impresión


De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante CLAUDIA ALEJANDRA MALDONADO SOCH DE MOIR, Carnet 15447-06 en la carrera LICENCIATURA EN NUTRICIÓN, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 09125-2016 de fecha 19 de febrero de 2016, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LOS FACTORES RELACIONALES, INDIVIDUALES Y MATERIALES QUE INFLUYEN EN LA APLICACIÓN DE ESTAS POR PARTE DE MADRES TRABAJADORAS DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL ÁREA URBANA Y RURAL DE QUETZALTENANGO, GUATEMALA.

Previo a conferírsele el título de NUTRICIONISTA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 22 días del mes de febrero del año 2016.




LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Agradecimientos

A la Licenciada Rosario García, por ser más que mi asesora, por su tiempo, dedicación y cariño.

A la Licenciada Sonia Barrios, por ser la mejor catedrática que tuve durante mi carrera, y su confianza.

A mi terna evaluadora: Dra. Ana Tzul, Licda. Julieta Afre y Licda. Marta Escobar, por su paciencia y su tiempo brindado en la corrección de mi tesis.

Dedicatoria

- A mi Hija:** Alison Adriana, por ser mi luz en todo momento, aun en medio de la más terrible obscuridad
- A mi Madre:** Gladys Soch, Por darme la vida y estar conmigo incondicionalmente.
- A mi Hermana:** Mónica, por su confianza, consejos y por enseñarme a ser una mejor persona cada día.
- A mi Cuñado:** Héctor, por ser mi hermano, padre, amigo y nunca dejarme sola.
- A mi Padrino:** Fernando, por haberme enseñado el noble arte de la literatura, y ayudar así en mi formación.
- A mis Tías:** Gloria y Silvia, por darme porras siempre para seguir adelante.
- A mis Sobrinos:** Sandy y Gabriel por su cariño, bromas y sonrisas.
- A mi Mejor Amiga:** Marta por siempre animarme a seguir adelante.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	5
IV. ANTECEDENTES.....	7
V. MARCO TEÓRICO.....	13
5.1. Lactancia materna.....	13
5.2. Alimentación complementaria.....	27
5.3. Factores que determinan la conducta alimentaria.....	32
5.4. Madres trabajadoras.....	34
VI. OBJETIVOS.....	36
6.1. General.....	36
6.2. Específicos.....	36
VII. MATERIAL Y MÉTODOS.....	37
7.1. Tipo de estudio.....	37
7.2. Sujetos de estudio.....	37
7.3. Contextualización.....	39
7.4. Variables.....	41
VIII. PROCEDIMIENTO.....	45
8.1. Obtención del aval institucional.....	45
8.2. Preparación y estandarización de los instrumentos.....	45
8.3. Identificación de los participantes.....	47
8.4. Pasos para la recolección de los datos.....	48
8.5. Procesamiento de datos.....	49
IX. PLAN DE ANÁLISIS.....	51
9.1. Análisis de la prueba de instrumentos.....	51

9.2.	Análisis de prácticas de lactancia y alimentación.....	51
9.3.	Análisis de los grupos focales.....	53
X.	ALCANCES Y LÍMITES.....	54
10.1.	Alcances.....	54
10.2.	Límites.....	54
XI.	ASPECTOS ÉTICOS.....	55
XII.	RESULTADOS.....	56
12.1.	Caracterización de la población de estudio.....	56
12.2.	Características del trabajo de la población de estudio.....	57
12.3.	Prácticas de lactancia y alimentación complementaria.....	58
12.4.	Factores que influyen en las prácticas de LM y AC.....	65
XIII.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	97
XIV.	CONCLUSIONES.....	107
XV.	RECOMENDACIONES.....	108
XVI.	BIBLIOGRAFÍA.....	109
XVII.	ANEXOS.....	113

Resumen

Antecedentes: La práctica de lactancia materna se mantiene en un 49.5% a nivel mundial, y el inicio de la alimentación complementaria se da entre los 3-5 meses de vida, pese a los esfuerzos de las organizaciones por promocionar el cumplimiento adecuado de las mismas. Estudios en los últimos años se han enfocado en conocer las prácticas de alimentación infantil en diferentes grupos poblaciones e identificar los factores que influyen en éstas.

Objetivo: Determinar el cumplimiento de las recomendaciones de lactancia materna y alimentación complementaria y los factores relacionales, individuales y materiales que influyen en la aplicación de éstas por parte de madres trabajadoras con niños menores de dos años del área urbana y rural de Quetzaltenango, Guatemala.

Materiales y método: Estudio de tipo cuanti-cualitativo transversal, con una población de 50 madres trabajadoras rurales y urbanas, quienes fueron entrevistadas en relación a prácticas de alimentación infantil. Las prácticas fueron comparadas con lo recomendado en las Guías Alimentarias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) aplicando una prueba estadística de Chi-cuadrado para establecer dependencia de éstas con área geográfica. Los factores relacionales, individuales y materiales que influyen en las prácticas se identificaron y analizaron utilizando métodos cualitativos.

Resultados: En madres trabajadoras el cumplimiento de las prácticas de lactancia materna (LM) fue de 48.0% en área rural y 21.0% en urbana. Para alimentación complementaria (AC) fue de 20.0% para rural y 8.0% para urbana. Se determinó que las variables de LM y AC son independientes al área geográfica ($p=2.93$) ($p=1.51$) respectivamente. Los factores que más influyen en las prácticas son el amor y apego hacia los hijos para el área rural, y el trabajo y las personas de influencia para el área urbana.

Conclusión: Las prácticas de LM y AC no cumplen con las recomendadas en las Guías del MSPAS para ningún área. En el área rural es donde existe mayor porcentaje de cumplimiento y son los factores individuales los que más influyen en las decisiones de las madres.

I. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el alimento ideal que aporta a los infantes los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludable. Posterior a cumplir seis meses de vida, es indispensable que se continúe con lactancia materna pero también que se inicie a brindar alimentación a los niños para complementar su nutrición. Según estudios realizados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se menciona que durante los dos primeros años de vida una alimentación y nutrición adecuadas, pueden jugar un rol clave en el desarrollo integral futuro de dichos niños. (1)

Sin embargo, el éxito o fracaso de llevar a cabo de una forma correcta la lactancia materna y la alimentación complementaria depende de muchos factores. Saéñz menciona que los factores que pueden influir en la alimentación pueden ser los sociales, psicológicos y económicos, los cuales pueden llegar a ser determinantes en las decisiones que las madres tomen con respecto a la alimentación de sus hijos, en especial en los dos primeros años de vida. (2)

Al referirnos al grupo específico de madres trabajadoras, sumado a lo anterior, las actividades económicas que desarrollan también pueden afectar en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria. Dado el crecimiento de la población de mujeres económicamente activas en Guatemala, que de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE) se ha incrementado en los últimos años, es importante identificar cuáles son los factores que determinan que las madres trabajadoras puedan o no llevar a cabo prácticas de alimentación infantil y lactancia materna adecuadas. Esta información puede orientar el desarrollo de estrategias y programas específicos que les permita alimentar a los menores de dos años, en forma adecuada, y con esto contribuir a reducir los problemas de nutrición que pueda presentar este grupo de edad.

Por todo lo anteriormente expuesto se llevó a cabo el presente estudio, el cual permitió determinar cuáles son las prácticas de alimentación infantil y lactancia materna, así como los factores que influyen en las mismas en madres trabajadoras de niños/as menores 2 años del área urbana y rural de Quetzaltenango, Guatemala.

Este estudio se llevó a cabo con 50 madres trabajadoras, fue un estudio de tipo descriptivo transversal y contó con un componente cuantitativo y cualitativo. Estos componentes permitieron determinar cuáles son las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que tiene dicho grupo de madres y los factores tanto materiales, relacionales e individuales que influyen en las mismas.

Entre los resultados más relevantes se determinó que las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, tanto para área urbana y rural, no cumplen con las recomendadas en las Guías de alimentación, brindadas por el Ministerio de Salud de Guatemala. Entre los factores determinantes para estas prácticas se encontraron que las personas de influencia, el aspecto sentimental, y el lugar de nacimiento son los que más influyen en las prácticas de las madres del área rural, sin embargo para el área urbana fueron el trabajo, personas de influencia y los miedos e inseguridades que presenta la madre, mismos que determinan las prácticas que realizan con respecto a la alimentación de sus hijos.

A continuación se describe con más detalle el estudio realizado.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna es el mejor alimento para el niño menor de seis meses, que sumado a un inicio oportuno y continuación adecuada de la alimentación complementaria, permite el buen crecimiento y desarrollo del niño, especialmente en los primeros dos años de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en datos generados por la Liga Internacional de la Leche, se identificó que a nivel mundial las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria no coinciden con las recomendaciones dadas por ellos. Esto se debe especialmente a que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad es una práctica poco común en madres de niños menores de 2 años. Sumado a lo anterior, las prácticas no adecuadas de alimentación complementaria ponen en riesgo el crecimiento y desarrollo infantil. Éstas prácticas siguen ocurriendo a pesar de la promoción que la lactancia materna y la alimentación complementaria han recibido por varias organizaciones a nivel mundial y nacional. (3)

Entre los factores que han influido en que dichas prácticas no se lleven a cabo adecuadamente, se incluye el que la madre se vea obligada a suspender la lactancia materna exclusiva debido a sus actividades laborales. Aunque en Guatemala no se cuenta con datos estadísticos específicos del número exacto de madres que laboran en el país y que incumplen con las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de acuerdo a lo recomendado en las Guías alimentarias para niños menores de dos años para Guatemala, datos indirectos de la Secretaría de Planificación de la Presidencia (SEGEPLAN) sugieren que las madres trabajadoras tienden a abandonar la lactancia materna antes del tiempo recomendado. Esto puede afectar negativamente la nutrición infantil e influir en la continuación de prácticas de alimentación complementaria no adecuadas para los infantes. (4)

Dichos datos indican que la actividad laboral de la madre puede influir en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, sin embargo no se conocen los factores específicos (materiales, relacionales e individuales) que determinan el cumplimiento a las recomendaciones de las Guías alimentarias para menores de dos años por parte de las madres trabajadoras. Sumado a esto, tampoco se cuenta con información de las diferencias de dichos factores entre grupos de madres que pertenecen al área urbana y al área rural, y en este caso, específicamente del departamento de Quetzaltenango, Guatemala.

Lo anterior es importante ya que, con dicha información, se cuenta con una panorámica de las prácticas de alimentación infantil y datos que informen a programas e iniciativas de salud pública dirigidas a las madres trabajadoras para que dichos programas sean adaptados a sus condiciones laborales particulares.

Por lo anterior expuesto surgieron las siguientes preguntas de investigación
¿Cuál es el cumplimiento de las prácticas de lactancia materna y alimentación por madres trabajadoras de niños menores 2 años del área urbana y rural de Quetzaltenango?, ¿Cuáles son los factores materiales, relacionales e individuales que influyen en dichas prácticas?

III. JUSTIFICACIÓN

Una adecuada práctica de lactancia materna y alimentación complementaria tiene ventajas importantes en el crecimiento de los niños y su desarrollo. En la actualidad la práctica de lactancia materna (LM) sigue siendo un reto, reportándose que a nivel mundial únicamente 49.5% la brinda. Estos resultados están influidos por las condiciones de vida en que se encuentra la población, incluido el incremento de mujeres que, tanto por desarrollo profesional como para mejorar los ingresos económicos de la familia, han cambiado sus actividades del hogar por trabajos remunerados fuera de casa. (4)

Sabiendo que el incremento de actividades laborales por parte de las madres es un factor que determina la práctica de LM y alimentación complementaria (AC) adecuadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido que la identificación de los obstáculos, tanto biológicos como sociales, y culturales que las madres encuentran para la correcta aplicación de prácticas adecuadas de LM y AC sea una prioridad en las líneas de investigación a nivel mundial. Este tipo de investigaciones puede brindar información para el desarrollo de intervenciones apropiadas y efectivas para reducir las barreras y consecuencias de éstas entre dichas madres. (5)

Sumado a lo anterior, y considerando que en el país se cuenta con poblaciones urbanas y rurales con características diferenciadas, es importante considerar las diferencias de las prácticas de alimentación infantil que pueden existir en ambas áreas, lo que puede facilitar información que permita el diseño de intervenciones apropiadas, adaptadas al contexto geográfico de las madres y a los retos que las madres trabajadoras encuentran en la alimentación de sus hijos pequeños.

Es por esto que el presente estudio se enfocó en conocer no solo las prácticas de LM y AC de niños menores de dos años con madres trabajadores del área urbana y rural de Quetzaltenango y determinar su cumplimiento, sino también en identificar los

factores que influyen en dichas prácticas. Esta información puede orientar el diseño y aplicación de programas de salud pública enfocados en mejorar la nutrición infantil en este grupo poblacional que en los últimos años ha ido en aumento.

IV. ANTECEDENTES

Las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria se ven influenciadas por diversas causas. En el manual realizado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud dirigido a la madres que amamantan en el 2013, se describe que existe un consenso universal sobre que la leche materna es el alimento óptimo para alimentar al infante durante los primeros meses de vida, esto se debe a las propiedades nutritivas, inmunológicas, el efecto positivo sobre la unión afectiva madre-niño y menor costo. En dicho manual se describe un estudio de carácter retrospectivo, en donde se decidió evaluar la evolución de ésta práctica durante los últimos 24 años, por lo que se revisó la mayoría de los estudios realizados sobre el tema. Se obtuvo información sobre la prevalencia, duración del amamantamiento, edad a la que se introdujo los alimentos complementarios y las principales razones mencionadas por las madres que las llevaron a suspender la lactancia materna. Se identificó que, en el área rural, tanto la prevalencia como la duración de lactancia materna son altas, no así en el área urbana donde la prevalencia y la duración por lo general son menores. La edad en que se introducen los alimentos complementarios a la leche materna ocurre generalmente temprano, excepto en algunos grupos étnicos del área rural donde sucede después de los seis meses de vida. Con respecto a las razones que motivaron la suspensión del amamantamiento, se observó que la mayoría eran casos evitables si las madres hubiesen recibido una adecuada educación y orientación de cómo prepararse para la lactancia natural y las ventajas de ésta. (6)

También se menciona en un estudio realizado en España, impulsado por el Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría realizado en 2010 por Romeo, que recoge de manera uniforme datos de varias provincias españolas. En este estudio se obtuvo una tasa de duración media de lactancia materna de 3.2 meses. La otra fuente de datos con representación territorial y actualizada corresponde a la Encuesta Nacional de Salud de España llevada a cabo en el 2006, en donde se reportó que la prevalencia de lactancia materna exclusiva al inicio fue

del 68.4%, del 52.4% a los 3 meses de edad y del 24.2% a los 6 meses. Entre las diferentes regiones europeas también existen diferencias en las tasas de lactancia materna. Para conocer datos de inicio y prevalencia de la lactancia materna en los últimos años, en España hay que recurrir sobre todo a estudios epidemiológicos realizados a nivel autonómico o incluso local. En este mismo estudio se reportó que en la región de Cataluña la prevalencia de la lactancia materna al inicio se sitúa en el 81.1%, aunque de ésta únicamente el 66.8% es exclusiva. Al tercer mes el índice de lactancia, mixta y predominante, se sitúa en el 61.9%, a los seis meses en el 31.3% y al año en el 11.5%. Con respecto a la alimentación complementaria se desconoce el mes de inicio de esta en los niños de esta región.

Esto difiere de lo que propone la OMS en donde se indica que la duración media de la lactancia materna (edad en meses en que continúan lactando el 50% de los niños) es de 1.1 meses y que el abandono de la lactancia materna es masivo durante el primer trimestre de vida. A los tres meses apenas una cuarta parte de los niños sigue recibiendo lactancia materna exclusiva y más de la mitad siguen lactancia artificial. El abandono es máximo durante el primer mes de vida ya que diariamente el 1.0% de los neonatos del norte de España abandonan la lactancia materna. Al parecer el primer mes es decisivo en la posterior tendencia del hábito alimenticio. (7)

Las prácticas de alimentación complementaria también son importantes debido a que en varias ocasiones, es en ésta etapa donde el niño empieza a tener deficiencias nutricionales. Según García en la investigación denominada “Prácticas de Alimentación Complementaria en Niños Dentro del Primer Año de Vida” llevado a cabo en el 2005, se observó que la introducción de alimentación complementaria en niños menores de 1 año se dio de forma precoz, por lo que se recomendó que profesionales y servicios de salud que promueven y apoyan la lactancia materna, deben trabajar con la intención de revertir este cuadro desfavorable con relación a la utilización de alimentos complementarios. También concluye que existe necesidad urgente de enfocar la consejería en alimentación para el lactante con alimentación complementaria, así como acciones bastante difundidas e implementadas de

promoción y apoyo a la lactancia materna. Y por último, se recomiendan nuevos estudios, tanto de naturaleza epidemiológica como cualitativa, para un conocimiento más profundo de las condiciones por las cuales se dan los comportamientos maternos relacionados a la alimentación del lactante en la actualidad. (8)

Ahora bien, dada la importancia de conocer el contexto de las razones principales por las cuales suceden dichas prácticas, estudios como el llevado a cabo por Martínez y Valdés denominado “Problemas en la lactancia materna”, llevado a cabo en el 2007, y cuyo objetivo era determinar las razones por las cuales las madres descontinuaban la lactancia materna, específicamente el papel que juegan los servicios de salud en esta decisión, se entrevistaron a un total de 1163 madres con niños menores de 6 meses. Los resultados mostraron que para lograr estimular una lactancia exitosa en la diada madre-hijo por parte del equipo de salud, es necesario conocer las razones que llevan a las madres a discontinuar la lactancia antes de los 6 meses de vida. Además se encontró que las madres eran propensas a discontinuar la lactancia cuando se sentían inseguras con respecto a su capacidad de amamantar, si tenían problemas de lactancia tempranamente y si las madres tenían bajo nivel educacional. Las madres con síntomas depresivos también tenían más probabilidad de discontinuar lactancia exclusiva. Otras razones frecuentemente descritas por las madres para discontinuar la lactancia incluyeron la percepción de tener “leche insuficiente o delgada”, problemas en las mamas (dolor, congestión, grietas etc.) y vuelta al trabajo, la cual para la presente tesis resulta ser una razón fundamental debido a que la población a evaluar son precisamente madres trabajadoras. (9)

Otro factor que puede afectar la práctica de lactancia materna es el descrito por Figueroa y Romero en el estudio observacional sobre prácticas de lactancia materna en la unidad de neonatología, llevado a cabo en el año 2010 en la ciudad de México, en donde se evaluó cómo el tipo de parto influye en las prácticas de lactancia materna. En este de estudio los resultados mostraron que un 46.0% de las mujeres (n=92) dieron lactancia materna frente al 54.0% (n=108) que dieron alimentación por

fórmula o artificial. Un 8.0% del total de las mujeres (n=16) pasaron de lactancia artificial a materna. En relación a la práctica de lactancia materna con el tipo de parto, se encontró que para el caso del parto vaginal (n=130, 65.0%), un 60.8% (n=79) dieron lactancia materna y el 39.2% (n=51) proporcionaron lactancia artificial. En el caso de cesárea 7 mujeres (5.4%) pasaron de lactancia artificial a materna (n=70, 35.0%), el 81.4% (n=57) administraron lactancia artificial, mientras el 18.6% restante (n=13) eligieron únicamente lactancia materna. De estos casos 9 mujeres (12.8%) pasaron de lactancia artificial a materna. (10)

Otras razones por las cuales las madres tienen ciertas prácticas de lactancia materna y alimentación temprana de sus niños, son las mencionadas en la Encuesta de Salud de 2006 realizada en República Dominicana, la cual describe que las razones de las madres que por iniciativa destetaron a sus hijos menores de 6 meses y empezaron a brindar alimentación temprana incluyeron la falta de leche en la madre (44.0%), que el niño no quiso el pecho (28.0%), enfermedad de la madre o del niño (15.0%), trabajo de la madre (6.0%), nuevo embarazo (4.0%) y por indicación del personal de salud (3.0%). (11)

Continuando con las razones que las madres manifiestan para tener determinada práctica de lactancia materna y alimentación complementaria, se menciona a Nielsen en su estudio sobre influencia de la lactancia materna y alimentación complementaria llevado a cabo en el 2008, sobre influencia de la lactancia materna y alimentación complementaria de niños de entre 5 y 10 meses, menciona que en cuanto al período de lactancia, sólo un 2.0% de las madres lo prolonga más allá de los 10 meses. El 82.0% deja de hacerlo antes del sexto mes, lo que "puede ser debido al retorno a la vida laboral" y a que, según declara un 41.0% de las primerizas encuestadas, el convertirse en madre lactante limita considerablemente su independencia. También menciona que en un 60.0% de los casos, las madres no son las encargadas de brindar la alimentación a sus hijos, cuando estos empiezan a la alimentación. Este trabajo demuestra cómo la lactancia materna está muy valorada entre las madres, que conocen muchas de sus ventajas y se comprometen con brindarla tras el

nacimiento de su bebé. Sin embargo la alimentación de sus hijos en la mayoría de los casos los deja a un lado quizá a la ausencia de las madres en el hogar en estas edades. (12)

La vuelta al trabajo influye directamente en la interrupción de dicha práctica y esto se puede observar en diferentes contextos. Según Estévez y Gonzales en un estudio sobre los factores que perjudican la lactancia materna llevado a cabo en el 2012, se encontró que el número de madres que interrumpe o disminuye su lactancia debido a la reincorporación a su trabajo es cada vez mayor, la lactancia materna exclusiva a los cuatro meses de edad corresponde a un 44.1% y el porcentaje de lactancia materna parcial a los 12 meses de vida corresponde a un 19.7%. La reinserción laboral de la mujer una vez finalizado el período post-natal constituye una de las causas de mayor incidencia en la incorporación de alimentación complementaria al niño, a pesar de todos los costos negativos que tienen para él y su madre. (13)

El mantener la lactancia materna durante el trabajo es complicado tal como lo muestra Gonzales, en la Guía sobre lactancia materna realizada en Madrid y publicada en el 2006, menciona que un 46.7 % de las madres logra mantener la lactancia materna hasta los seis meses. Además encontró que solo un 16.6% alcanzó 3 meses la lactancia materna al momento del estudio, un 30.0% de las madres continuaban dando lactancia materna a los 12 meses de edad y un 13.3% lo dejó de amamantar a los 9 meses. Entre las causas más comunes por las cuales las madres dejaban de brindar lactancia materna se incluyeron la baja producción de leche con un 33.3%, estrés 28.5%, problemas de la madre 23.8%, rechazo del niño 9.5% y falta de tiempo 4.7%. Todas estas razones están relacionadas, según las madres, con el regreso a la vida laboral. (14)

En relación a las características de empleo y ruralidad de Guatemala, en donde se cuenta con dos áreas geográficas diferenciadas, se encontró que tanto para el área rural y urbana del país existen madres lactantes y trabajadoras. Tal como lo menciona Sáenz en la revisión bibliográfica sobre madres trabajadoras y lactancia

materna llevada a cabo en el 2007, las tasas de participación de las mujeres en el mercado de trabajo aumentaron durante la década pasada, muchas veces más que la de los hombres. Esta tendencia que se vio acentuada en las áreas más urbanizadas. Además menciona que Centroamérica es la subregión de América Latina que posee la mayor proporción de su población viviendo en zonas rurales. Sin embargo menciona que es difícil precisar la estructura del empleo rural, dado que la información disponible es escasa ya que la complejidad de las interrelaciones de los mercados laborales se ha acentuado considerablemente en la última década, adquiriendo un carácter específico en cada país del istmo. Según Sáenz, dos elementos comunes que han sido identificados por la FAO son el fuerte incremento de las asalariadas agrícolas y la creciente proporción de mujeres como jefas de hogar en las pequeñas explotaciones campesinas, debido en parte a la migración temporal de hombres. Menciona además que en Honduras, por ejemplo, se ha estimado que casi el 30.0% de los hogares campesinos estaban en manos de mujeres. (15)

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Lactancia materna

5.1.1. Definición

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños". (3)

5.1.2. Generalidades de la leche materna

El primer alimento que debe recibir el recién nacido es la leche materna, y la madre debe amamantar a su hijo desde el día en que este nace, si posible en la primera media hora después del parto. (16)

En los primeros dos o tres días la lactancia no se ha establecido totalmente y durante este periodo el niño obtiene la mayor parte de su energía de las grandes reservas de carbohidratos que almacena en el hígado.

Previo a la producción de leche se produce calostro, que es un líquido de color amarillento rico en proteína, grasa y vitamina A, nutrientes que sirven para formar células y tejidos.

El calostro a libre demanda satisface las necesidades nutricionales durante la primera semana de vida y es suficiente para calmar hambre y sed. Además lo prepara para la alimentación porque favorece las evacuaciones que limpian el intestino y se considera como la primera vacuna, para fortalecer el sistema inmunológico lo que ayudará a prevenir infecciones.

La leche madura empezará a salir de tres a seis días después del parto. Al principio la madre debe dar de mamar al niño siempre que este lo solicite, con el tiempo ambos establecerán un horario, el cual es flexible.

El Ministerio de Salud Pública de Guatemala, la OMS y UNICEF recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años a partir de los dos primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. (17)

5.1.3. Historia de la lactancia materna y normativas internacionales

La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, que ha permanecido como referente para los bebés humanos desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX, tanto si se trata de leche de la propia madre o leche de otra madre a cambio o no de algún tipo de compensación.

A principios del siglo XX se inicia lo que ha sido considerado como "el mayor experimento a gran escala en una especie animal". A la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial y los niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. (18)

La frecuencia y duración de la lactancia materna disminuyeron rápidamente a lo largo del siglo XX. En 1955 se había creado en las Naciones Unidas el Grupo Asesor en Proteínas (GAP), para ayudar a la OMS a ofrecer consejo técnico a UNICEF y FAO en sus programas de ayuda nutricional y asesoría sobre la seguridad y la adecuación del consumo humano de nuevos alimentos proteicos. En los años setenta el GAP emite informes en donde advierte la preocupación por el problema de la malnutrición

infantil derivada del abandono de la lactancia materna e invita a la industria a cambiar sus prácticas de publicidad de productos para la alimentación infantil.

En 1979 la OMS y UNICEF organizan una reunión internacional sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. De la reunión sale una resolución llamando a la elaboración de un Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. También se funda el International Baby Food Action Network (IBFAN) para velar por el desarrollo de dicho Código. Paralelamente resurge el interés de la comunidad científica por la lactancia materna y son múltiples las investigaciones que se hacen sobre la misma. Esto permite que empiece a acumularse evidencia sobre la superioridad de la leche humana para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Otros investigadores dirigen sus esfuerzos al estudio de los condicionantes de la lactancia y de los factores que influyen en la elección del amamantamiento y en su duración. Los movimientos sociales (grupos de apoyo a la lactancia materna) y la evidencia científica de que el abandono de la lactancia materna supone un problema de salud pública prioritario en todos los países del mundo empujaron a las instituciones internacionales y nacionales, con la OMS a la cabeza, a poner en marcha diferentes iniciativas.

En 1981 se convocó la 34 Asamblea Mundial de la Salud (WHA) por sus siglas en inglés, que aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, compromiso ético que los distintos gobiernos debían adoptar. La lentitud de los gobiernos para transformar en Leyes las recomendaciones del Código llevó a la OMS y el UNICEF a promover reuniones internacionales que promovieran el apoyo a la lactancia materna.

Después de lo anterior en 1989, la OMS y UNICEF hace público un comunicado dirigido a los gobiernos: "Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función de los servicios de maternidad". En el mismo año las Naciones Unidas adoptaron la Convención sobre los Derechos de la Infancia. El apartado e) del artículo 24 hacía referencia expresa a la necesidad de asegurar que todos los

sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan las ventajas de la lactancia materna y reciban apoyo para la aplicación de esos conocimientos.

En un antiguo orfanato de Florencia “Ospedale degli Innocenti” se celebra una cumbre mundial con el lema “La lactancia materna en el decenio de 1990: Una iniciativa a nivel mundial”, a la que asisten representantes de 30 países que respaldan la convención sobre los derechos de la infancia y firman una declaración de compromiso: Declaración de “Innocenti” que servirá de referencia para la promoción de la lactancia materna durante muchos años, siendo revisada posteriormente en el 2005.

Consecuencia directa de esta declaración fue, en 1991, la creación de la Alianza Mundial para la Acción en lactancia materna (WABA) por sus siglas en Inglés, y la Red Internacional de personas y organismos que trabajan en colaboración con OMS y UNICEF con la misión, entre otras, de organizar anualmente la semana mundial de la lactancia materna. Esta red también apoya la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), inicialmente llamada Iniciativa Hospital Amigo del Niño, que busca evaluar la calidad asistencial a madres e hijos en hospitales y maternidades.

En 1992, la Conferencia Internacional sobre Nutrición, convocada por Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y OMS en Roma, acepta las metas para el año 2000 de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, destacando la promoción de la lactancia entre los 8 temas más importantes de la nutrición mundial. En 1994, la Cumbre sobre promoción y desarrollo recomendó la lactancia materna como herramienta para mejorar la salud materna y espaciar los embarazos.

De igual forma en la Cumbre Mundial sobre Mujer y Desarrollo (Pekín, 1995) se apoyó la necesidad de dar facilidades para la lactancia a las mujeres trabajadoras. En 1999, la Conferencia Internacional de la Organización Internacional del Trabajo

(OIT) revisó el convenio de protección de la maternidad que consolidaba el derecho a un permiso pagado por maternidad para todas las mujeres trabajadoras y el derecho a intervalos pagados para amamantar durante la jornada laboral.

La Asamblea de la OMS de 1994, en la resolución 47.5 fijó la duración óptima de la lactancia materna exclusiva en 6 meses y llamó la atención sobre el error de distribuir sucedáneos de leche materna en situaciones de emergencia. Además propuso recoger datos sobre el crecimiento de lactantes amamantados que sirvieran para elaborar un nuevo patrón de crecimiento.

Con el objetivo de que los gobiernos se impliquen de una forma más decidida con la lactancia materna y aporten recursos económicos se aprueba la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño (EMALNP), por consenso de la 55 Asamblea de la OMS, en mayo del 2002 y por la Junta Ejecutiva del UNICEF, unos meses después. La estrategia marca líneas de actuación que deben seguir los países miembros, basadas en pruebas científicas. La mayor parte de las recomendaciones están dirigidas a mejorar los índices de lactancia materna. Se reconoce que la lactancia es, en parte, un comportamiento aprendido y que hay que ofrecer a las madres lugares donde poder aprender, como los grupos de apoyo a la lactancia materna, protegidas de la publicidad de las casas comerciales.

El plan estratégico para la protección, promoción y apoyo a la lactancia se presentó en Dublín en 2004 por la Dirección General para la Salud y protección del Consumidor de la Comisión Europea. Este documento reconoce las recomendaciones de la EMALNP y las adapta a la realidad de Europa.

En 2006 la Unión Europea publica las “Recomendaciones Estándar para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño en la Unión Europea”, lo que constituye una guía completa para la alimentación del lactante y el niño pequeño desde la gestación hasta los 3 años. Éstas recomendaciones contienen apartados especiales para los prematuros, situaciones que contraindican la lactancia, riesgos de no

amamantar y recomendaciones para el uso apropiado y seguro de sucedáneos cuando la madre así lo decida. (18)

5.1.4. Beneficios de la lactancia materna

La leche materna es el mejor alimento para el lactante dado que tiene todas las sustancias nutritivas para que crezca sano y fuerte. Además, brinda protección contra muchas enfermedades tales como la diarrea, estreñimiento, catarro, gripe, bronquitis, alergias y dolores de oído debido al contenido de inmunoglobulinas. La lactancia materna también contribuye al desarrollo de la inteligencia, estimula el crecimiento físico, así por ejemplo el recién nacido a los seis primeros meses y lo triplica al año, es higiénica por que pasa directamente de la madre al niño, disminuyendo el riesgo de contaminación. Otras ventajas es que se encuentra disponible a toda hora por lo que no necesita refrigeración, aunque puede extraerse y guardarse refrigerada o congelada, y permite economía de tiempo y dinero. (19)

a. Ventajas para el niño

La leche materna tiene propiedades anti-infecciosas. Es por esto que la madre protege al niño desde su concepción transmitiéndole por medio de la placenta anticuerpos contra varios microorganismos; luego por medio del calostro, la madre proporciona al niño anticuerpos e inmunoglobulinas que lo protegen contra las bacterias.

La leche materna tiene un efecto beneficioso en término de resistencia del niño a la infección. Tal efecto está relacionado con factores como los anticuerpos específicos contra agentes infecciosos y factores antimicrobianos no específicos contenidos en la leche materna, como demuestran estudios realizados en varios países del mundo.

Estos anticuerpos que brinda la leche materna no son absorbidos por la mucosa intestinal en cantidades significativas, pero tienen una función muy importante de inmunidad, ante todo en las infecciones intestinales. Por ejemplo, la leche materna ayuda al crecimiento de cierto tipo de bacterias protectoras como el *lactobacillus*

bifidus que se encuentra en el intestino del niño durante las primeras semanas de vida. Estas bacterias producen un ambiente hostil a otras que son seriamente patógenas. La leche humana contiene un factor antimicrobiano llamado lisozima que actúa con los anticuerpos contra las bacterias destruyendo algunas que pueden ser peligrosas y se cree que este factor contribuye al mantenimiento de la flora característica del niño amamantado.

La inmunoglobulina de tipo A (IgA) secretada en la leche materna protege al niño contra las alergias de la infancia, ya que bloquea la absorción de macromoléculas provenientes de fórmulas lácteas especialmente las beta-globulinas que comúnmente produce alergias.

Un estudio relacionado con la incidencia de las enfermedades y la mortalidad infantil llevado a cabo en Gran Bretaña muestra el efecto beneficioso de la leche materna en relación con la incidencia de desórdenes gastrointestinales y otras infecciones, tales como enfermedades de las vías respiratorias y otitis media, demostrándose más alta incidencia de infecciones y una mayor duración del cuadro patológico en los niños alimentados artificialmente que en los alimentados al seno materno. (19)

En este estudio dieron seguimiento a niños desde su nacimiento hasta los nueve meses, encontrándose menos incidencia de fiebre entre los niños alimentados al pecho que entre los alimentados artificialmente. Se ha demostrado que aún en los barrios pobres donde hay falta de higiene, los niños alimentados al seno materno tienen bajas tasas de morbilidad acentuándose éstas cuando comienza el periodo de destete. También se conoce que existe una alta resistencia a la infección por *Shigella* y otros agentes durante el período de intenso amamantamiento.

La lactancia materna ofrece una alimentación libre de contaminación por pasar directamente del seno de la madre a la boca del niño sin mayor manipulación que pueda ponerla en contacto con bacterias, lo cual resulta ventajoso en comparación con la alimentación artificial. (19)

b. Propiedades nutricionales

La leche humana es un producto biológico natural que tiene cualidades propias de su especie. Como puede observarse en el Cuadro 1, su composición es significativamente diferente a la de otros mamíferos, notándose grandes diferencias fundamentalmente en lo que se refiere a su aporte calórico y de proteína, hidratos de carbono, lípidos, calcio, fósforo, ácido ascórbico y vitamina A.

Cuadro 1
Composición de la leche humana y su comparación con la de otros mamíferos

Composición por 100 cc	Leche humana	Leche de vaca (cruda)	Leche de vaca (pasteurizada)	Leche de burra	Leche de cabra
Energía kcal	70	61	57	40	102
Proteínas	1.03	3.2	3.2	1.6	4.0
Carbohidratos(g)	6.89	5.1	5.6	6.7	5.6
Lípidos(g)	4.38	3.2	2.5	0.9	7.2
Humedad(mg)	87.5	87.8	88.1	90.4	82.3
Cenizas(g)	0.20	0.7	0.6	0.2	0.9
Calcio(mg)	32	115	123	138	224
Fósforo(mg)	14	102	95	60	143
Hierro(mg)	0.03	0.3	0.4	0.0	0.0
Magnesio(mg)	3	13	13	--	14
Potasio(mg)	51	152	152	--	204
Sodio(mg)	15	49	49	--	50
Zinc(mg)	0.17	0.38	0.38	--	0.30
Ac. Ascórbico(mg)	5.00	1.1	1.0	1.7	1.2
Riboflavina(mg)	0.036	0.14	0.12	0.10	0.18
Tiamina(mg)	0.014	0.07	0.06	0.02	0.06
Niacina(mg)	0.117	0.10	0.10	0.10	0.40
Ac. Pantoténico(mg)	0.223	0.314	0.314	--	0.310
Vitamina B6(mg)	0.011	0.042	0.042	--	0.046
Vitamina B12(mcg)	0.045	0.357	0.357	--	0.065
Vitamina A(mcg)	64.00	30.00	30.00	20.00	25

Fuente: Jiménez, V.M. Manual de fomento para la lactancia materna. Ministerio de salud, Santiago de Chile 2da edición 2005

Los componentes específicos de la leche materna, la literatura revisada señala toda una serie de ventajas, entre ellas, se conoce que el hígado del feto humano y del prematuro carece de enzimas capaces de degradar algunos aminoácidos de la leche de vaca, carne y cualquier otra proteína de origen animal; en cambio la leche humana contiene cantidades menores de dichos aminoácidos, lo que asegura que sea un alimento adecuado para el niño en este periodo.

También se menciona que el aporte de los lípidos por parte de la leche humana es la forma ideal de grasa que el niño debe recibir, ya que en dicha leche estos se encuentran en forma de ácido palmítico en posición 2 que es la forma en que el intestino la absorbe, no así la leche de vaca en que dicho ácido se encuentra en las posiciones 1-3.

La separación de los ácidos grasos de los triglicéridos es una reacción enzimática bajo la influencia de la lipasa presente en la secreción intestinal, sin embargo en contraste con la leche de vaca, la leche humana de por sí es rica en lipasa la cual separa los ácidos grasos libres de los triglicéridos principalmente de las posiciones 1 y 3, lo que la leche de vaca no contiene.

Cuando el ácido palmítico libre no es absorbido precipita con el calcio en el lumen intestinal y es excretado en forma de jabón de palmitato de calcio, esto produce una pérdida de grasa y lo que es más importante una pérdida de calcio. Por otra parte se ha demostrado que los ácidos grasos libres son la fuente más importante de energía para el niño pequeño los cuales son suministrados por la leche materna. (20)

Otra diferencia característica entre la leche humana y la de vaca reside en el número de nucleótidos, ya que la leche humana madura contiene mayor cantidad que la de vaca y estos son importantes para la formación de proteínas.

La leche humana contiene una proporción mayor de lactosa que la leche de vaca lo que representa un mayor aporte de monosacáridos.

El alto contenido de lactosa condiciona la acidez característica de las deposiciones del lactante amamantado y contribuye a evitar la constipación. Por otra parte; el contenido de lactosa y vitamina C favorecen la absorción de hierro.

Los minerales en la leche humana, especialmente calcio y el fósforo, se encuentran en una concentración menor que en las otras leches, pero en una proporción más favorable, lo que evita la tetania neonatal. En la leche humana la concentración de

hierro es más baja que en la leche de vaca, pero su absorción es mejor. En cuanto a la vitamina K la leche de vaca tiene un mayor contenido que la leche materna, pero esta deficiencia puede ser corregida administrando dicha vitamina a la madre durante la gestación o la lactancia. (20)

Al brindar lactancia materna las ventajas no se limitan únicamente al niño/a también se extienden a la madre. Entre éstas ventajas podemos mencionar el efecto anticonceptivo, debido a que la menstruación generalmente vuelve a las mujeres lactantes unas doce semanas después del parto. Al menos, una tercera parte de las madres que han amamantado continuamente a sus hijos no han vuelto a menstruar durante ese tiempo. La lactancia materna actúa como anticonceptivo por medio de efectos endocrinológicos los cuales están controlados por la prolactina que es una hormona secretada por la pituitaria como resultado del estímulo que provoca la succión del bebé. (20)

Otra ventaja que tiene la madre que brinda lactancia materna sobre la que no lo hace es el tiempo que le toma la recuperación uterina, sabiendo que el momento ideal para comenzar la lactancia materna es inmediatamente después del parto, si es posible, durante las dos primeras horas de vida del bebé, que es cuando está más receptivo. Cuando éste succiona el pezón produce la liberación de oxitocina en la madre, que es una hormona que actúa sobre la matriz, provocando su contracción. Esto facilita el cierre de los capilares rotos al desprenderse la placenta y disminuye el sangrado posterior al parto.

La prevención del cáncer de mama también se toma como una ventaja para la madre lactante ya que se considera que la lactancia prolongada protege contra el cáncer de mama a quienes la practican. Estudios realizados en países industrializados han demostrado que la frecuencia del cáncer de mama es menor entre las mujeres casadas que entre las solteras se cree que la causa común se basa en la ovulación y los cambios hormonales afines que acompañan a los embarazos repetidos y a una lactancia prolongada.

La producción de leche supone además un gasto energético importante, por lo que si se mantiene la lactancia se irán consumiendo las reservas que la madre ha ido acumulando durante la gestación, hasta lograr el peso previo al embarazo. Esta disminución de peso es paulatina y se hace más evidente a partir del tercer mes de lactancia, sobretodo en la zona de caderas y cintura. Durante la lactancia el metabolismo lipídico de la madre se especializa en la formación de lípidos para la leche y disminuye la síntesis de grasa que se acumula en otras partes del cuerpo.

Como otro beneficio es sin duda el costo económico de la lactancia materna versus la leche artificial. Al iniciarse la lactancia materna del niño, muchas madres escogen la alimentación artificial por diversas razones, unas porque en realidad necesitan trabajar, otras por razones socioculturales. Además se ha comprobado que la formación de la leche humana en las glándulas mamarias tiene un costo de la dieta que puede ser adquirido aún por la madre de más bajos ingresos.

En relación a los costos durante la lactancia, la dieta de la madre lactante puede satisfacerse con mezclas de alimentos vegetales y cereales sin necesidad de alimentos costosos, beneficiándose de esta manera tanto la madre como el niño. Además señala que el costo mínimo de la alimentación artificial, será siempre más alto que el costo mínimo de los alimentos que la madre requiere para dar una buena lactancia, esto puede optimizar los recursos con los que la familia cuenta y mejorar así la salud de la madre y el niño.

En varias ocasiones las madres se encuentran con retos durante el período que dura la lactancia materna, siendo los más comunes: Pezones lastimados que producen dolor, ardor, grietas y sangrado. Las madres que presentan estos problemas deberán corregir la posición y agarre. También pueden aplicarse de la propia leche al final de la mamada y evitar el uso de sostén o telas sintéticas mientras sana los pezones. Pueden aplicar las estrategias tales como el poner el pezón al sol o al aire, también evitar el uso de pajas y pepes, y algo que es importante es no dejar de brindar lactancia materna. (20)

Otro reto que se puede mencionar es la congestión mamaria, en la cual la madre presenta pechos grandes, duros, pesados y sensibles, piel irritante, dolor, fiebre, en algunos casos. A las madres que presentan este problema se les recomienda aplicar compresas calientes antes de dar el pecho y frías entre una toma y otra, masajes suaves con movimientos circulares antes de dar el pecho y brindar mamadas frecuentes cada una y media a dos horas. También se recomienda permitir que el bebé mame suficiente de cada pecho hasta que queden blandos y si la areola esta inflamada y tensa, extraer un poco de leche para ablandar y facilitar la colocación del bebé, y lo más importante continuar con la lactancia. Sin embargo se recomienda tomar en cuenta consultar un médico si el problema persiste por más de 48 horas.

5.1.5 Recomendaciones establecidas en las Guías alimentarias para niños menores de dos años por Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Las recomendaciones que brinda el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, y que se basa en las recomendaciones brindadas por la OMS, se resumen en las siguientes:

a. Apego inmediato

Se refiere a brindar pecho inmediatamente después del nacimiento. Esta práctica ayuda a establecer una estrecha relación de amor entre madre e hijo, permitirá que las bacterias no dañinas que se encuentran en la piel de la madre protejan al niño o niña de las bacterias dañinas que hay en el ambiente y contribuirá a la producción de la leche.

b. Brindar el calostro

Se refiere a la práctica de dar en forma constante la leche de inicio o calostro, que es un líquido de color amarillento que contiene sustancias como proteínas y vitamina A que sirven para formar células y tejidos. Tiene un efecto purgatorio leve, lo cual le ayuda al niño o niña a limpiar su intestino. Por su alto contenido de agentes inmunológicos se la ha denominado “la primera vacuna” y le ayudará a prevenir infecciones.

c. Dar pecho a libre demanda

Se refiere a brindar la leche materna en forma frecuente, cada vez que el niño lo pida. Dado que la lactancia materna no tiene horario se debe dar cada vez que la niña o niño lo pida para satisfacer su hambre, sed y la necesidad afectiva de estar cerca de su madre.

Al nacer la capacidad gástrica del niño o niña es pequeña. Por lo que se satisface rápidamente y necesita mamar seguido. Conforme crece también va creciendo su estómago y las necesidades nutricionales son mayores, la succión frecuente y el vaciamiento de los pechos son indispensables para una producción adecuada de leche materna.

Permitir que la niña o niño mame suficiente del primer pecho antes de cambiar al segundo, ayuda a que la madre tenga bastante leche y que la niña o niño se sienta satisfecho. El darle pecho a libre demanda al niño también incluye el dar de día y de noche, se mantiene elevada la producción de leche.

d) Dar lactancia en forma exclusiva los primeros 6 meses de vida

Se refiere a dar únicamente leche materna en los primeros seis meses de vida. Esta práctica se base en el principio de que la leche materna contiene todo lo que la niña o niño necesita para su desarrollo y crecimiento durante los primeros seis meses, y contiene el agua necesaria para suplir las cantidades de líquidos que la niña o niño requiere. Por ello la leche materna es el único alimento que necesita durante sus primeros seis meses de vida. (17)

5.1.6. Clasificación de la lactancia materna

La lactancia natural es una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes y es parte del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un

crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde. La lactancia natural exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, salvo el caso de algunas afecciones médicas, y si se practica sin limitaciones, propicia una abundante producción de leche. Se debe tomar en cuenta que es necesario el apego inmediato, la madre debe brindar pecho desde que el recién nacido nace, de esta forma estará garantizando el apego inmediato, no solo por la parte afectiva que este genera, también por la importancia que el recién nacido mame la primera leche o calostro. Dependiendo del tipo de lactancia que se le brinda al niño/a la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica está en:

a. Lactancia exclusiva

Significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).

b. Lactancia materna predominante

Significa que la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna (incluida la leche extraída o de nodriza). El niño puede recibir además líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).

c. Alimentación mixta

Leche maternal (incluye leche de una nodriza) y alimentos sólidos o semi-sólidos, permite que se dé cualquier alimento o líquido incluyendo leche no humana y fórmula o leche humana en biberón. (21)

5.2. Alimentación complementaria

5.2.1. Definición

Es la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, que debe iniciarse a partir de los 6 meses de edad, debido a que antes de esta la niña o niño no está preparado fisiológicamente, en su desarrollo psicomotor, para recibir otros alimentos. (17)

5.2.2. Aspectos a considerar para iniciar la alimentación complementaria

La función renal es un aspecto que se debe tomar en cuenta al momento de iniciar la alimentación complementaria, el desarrollo del riñón avanza paralelamente con la maduración neuromuscular y llega a su normalidad al sexto mes, edad en la que el niño o niña puede recibir una mayor carga de proteínas en la dieta sin que se altere la función normal del niño. (22)

El lactante durante los primeros meses de vida manifiesta cierta inmadurez renal que le impide concentrar los fluidos urinarios con la misma eficiencia que los mayores o los adultos. Por esta razón exponer a menores de seis meses a una carga renal de solutos aunada a eventuales pérdidas extra renales de agua, como sucede en la diarrea, puede ocasionar una deshidratación hipotérmica con consecuencias graves en el sistema nervioso central.

Otro aspecto que se debe tomar en cuenta para la alimentación complementaria es que durante los primeros seis meses, el tracto gastrointestinal no está totalmente maduro para recibir alimentos distintos a la leche materna, debido a que algunas de las enzimas necesarias para la digestión y posterior absorción de proteínas, grasas y carbohidratos no están completamente desarrolladas, un ejemplo es el que se ha visto con la enzima encargada de digerir los carbohidratos presentes en los almidones y cereales la cual aparece desarrollado alrededor de sexto mes de vida, como tampoco la de otros alimentos que contengan hidratos de carbono más complejos que los disacáridos.

En cuanto a las grasas, es un hecho que aquella presente en la leche materna se absorbe con mayor facilidad pues contiene lipasa, una enzima que contribuye a su digestión y aunque el recién nacido absorben hasta el 90% de la grasa, los niveles de absorción iguales a los del adulto no se alcanzan antes de los seis meses. Adicionalmente, las sales biliares no se sintetizan en cantidad suficiente y en forma madura, antes de los seis meses de edad. Por lo tanto es inconveniente incluir en la dieta alimentos no lácteos que contengan lípidos (grasas) de difícil absorción para el lactante.

En el caso de las proteínas, se evidencia que las enzimas responsables de su hidrólisis están presentes desde el nacimiento, incluso en prematuros, lo cual permite que la absorción de proteínas provenientes de la leche materna sea adecuada. No obstante la inmadurez digestiva del recién nacido y durante los primeros meses, se expresa a otro nivel: la pared intestinal es excesivamente permeable y proteínas completas con pequeño peso molecular pueden pasar al torrente circulatorio. Estas moléculas son capaces de originar reacciones alérgicas a determinados alimentos, las más frecuentes son aquellas que se presentan con la albumina, la caseína de la leche de vaca y la adivina de la clara de huevo. Esta permeabilidad exagerada persiste hasta los seis meses de edad.

Como medida preventiva contra las alergias; se recomienda que los alimentos como la leche de vaca, clara de huevo, así como los cítricos se introduzcan después de los 12 meses, especialmente en lactantes con antecedentes familiares de alergias. Se ha mostrado que la mayoría de los lactantes alimentados con fórmulas lácteas reaccionan a proteínas extrañas, mientras que la alimentación prolongada con leche materna tiene un efecto protector a la alergia alimentaria.

En general cuando las niñas y niños son alimentados con pecho materno por seis meses, presentan una incidencia menor de alergias que los alimentados con fórmulas artificiales. (22)

Sumando a lo anterior expuesto, las defensas del niño o niña aún no son idóneas para prevenir enfermedades lo que facilita la aparición de diarreas y/o alergias. Esta es otra de las razones por las cuales el inicio de la alimentación complementaria debe ser a partir del sexto mes, cumpliendo con normas estrictas de higiene, ya que un riesgo importante a corto plazo es el síndrome diarreico agudo, sobre todo en sectores marginados donde las condiciones insalubres imperantes y la preparación de los alimentos en condiciones antihigiénicas conllevan un elevado índice de contaminación.

El aspecto afectivo también es importante ya que la lactancia materna ofrece la oportunidad a la madre y su hijo(a) de establecer un vínculo afectivo que provee seguridad a la niña o niño y tranquilidad a la madre. Resultados de estudios señalan que las niñas y niños amamantados por más tiempo demuestran un ajuste social más fuerte y sólido.

Aproximadamente a partir de los seis meses la niña o niño empieza a explorar el mundo a su alrededor. Esta actitud exploratoria acompañada de su desarrollo neuromuscular le permite por un lado sostenerse sin apoyo y de manera autónoma, y por el otro lado tener el calor y protección de la madre.

Por tal razón, la introducción de alimentos complementarios a la lactancia materna a partir de esta edad, se convierte en la ocasión para comenzar a darle independencia, mientras continua sintiendo la seguridad de los brazos y el pecho de la madre, en varios momentos del día.

De esta manera, el niño o la niña tendrán de forma gradual la autonomía que deberá tener a partir de los primeros años, cuando logre el manejo de sus capacidades de locomoción y lenguaje.

Desde el punto de vista biológico y nutricional, la mejor edad para iniciar la ablactación se ubica alrededor de los seis meses de vida. En ese momento el

aparato renal y digestivo de la niña o niño habrá adquirido la capacidad de tolerar, digerir y absorber alimentos diferentes de la leche y sus capacidades neuromotoras lo hacen apto para ingerir y deglutir alimentos en cuchara. (22)

5.2.3. Recomendaciones para la alimentación complementaria establecida en las Guías para población menor de dos años del Ministerio de Salud Pública de Guatemala

Las recomendaciones de alimentación complementaria propuestos en las guías se resumen en lo siguiente:

a. Iniciar la alimentación al sexto mes de vida

Se refiere a iniciar la alimentación complementaria alrededor de los 6 meses, dado que las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que pueden aportar la leche materna. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios cuando el niño cumple los 6 meses o si son insuficientes, su crecimiento puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

b) Recomendaciones para la alimentación de la población de seis a ocho meses

A esta edad las recomendaciones incluyen el que debe insistirse en que los alimentos no reemplacen la Lactancia materna si no que se agreguen nuevos. Ejemplo: después de darle de mamar, probar a darle una cucharadita de cereal espeso o puré de vegetal o fruta. Si el bebé duerme en el pecho, probar a darle primero pecho cuando aún no está del todo satisfecho ofrecerle comida y continuar con el pecho.

Al ir creciendo la niña o niño va necesitando más nutrientes dentro de su cuerpo. A los seis meses de edad le comienza a brotar los dientes eso es señal que puede recibir otros alimentos machacados o puré.

Durante las primeras semanas de alimentación complementaria se recomiendan los cereales ricos en carbohidratos, como cereales se puede usar la masa de la tortilla (nixtamal) mezclado con leche materna u otros cereales como arroz. Luego, pueden incluirse las leguminosas como frijol, habas, garbanzo, arvejas molidas y coladas.

Después se recomienda introducir la yema de huevo o pollo cocido, pues contienen cantidades de hierro adecuadas e importantes para la nutrición de la niña o niño y con esto se pretende evitar problemas de anemia. Además estos alimentos son ricos en proteína, grasas, vitaminas y minerales.

Al principio los alimentos anteriores se ofrecen en cantidades pequeñas, dos o tres cucharaditas. Si la niña o niño manifiesta el deseo de mayores cantidades puede incrementarse progresivamente. Por el contrario, si no termina con agrado todo el alimento que se preparó, no debe forzarse. El uso de cuchara, las nuevas consistencias y sabores requieren de tiempo y familiarización.

Siempre debe introducirse un solo alimento por vez y no una mezcla de ellos. Cada nuevo alimento deberá probarse por una semana y luego iniciar con otro. Esto permite valorar su aceptación y tolerancia.

La cantidad de cada alimento ofrecido se incrementa lentamente: desde una cucharadita hasta cuatro a ocho cucharaditas por ración. Igualmente al final de los ocho meses, la consistencia puede ir variando de puré suave a mezclas de consistencia más gruesa.

No es aconsejable dar preparaciones muy líquidas o llenar el estómago del bebé con jugos, refrescos, caldos o sopas de poco valor nutritivo.

c. Recomendaciones de alimentación de la población de nueve a once meses

Para suplir las necesidades de energía de su niño o su niña, la madre deberá darle primero la leche materna y luego los alimentos que se mencionaron en la etapa de

seis a ocho meses como: tortillas, frijol, masa cocida con frijol, arroz con frijol, pan con frijol; con estos alimentos se pueden realizar combinaciones en trocitos. Los alimentos que se mencionaron en la etapa de seis a ocho meses deben continuarse y a partir de los nueve, se pueden introducirse otros de origen animal como trocitos de carne de res, hígado de pollo o de res o pescado. (13)

Para que el niño o niña obtenga un aporte de nutrientes adecuados para su crecimiento y desarrollo óptimo, los alimentos deben ofrecerse como mínimo en tres comidas principales al día y servirse en un plato especial para él o ella. Algunos niños comen mejor si se les da 5 comidas al día.

d. Alimentación de los niños menores de 12 a 24 meses

En esta etapa cambian las necesidades de la niña o niño, pasa una alimentación a base de leche materna a comer solo y a consumir una dieta mixta, basada en los alimentos y preparaciones normales de su familia, se les debe ofrecer tres tiempos de comida y por lo menos dos refacciones saludables que incluyan la variedad de alimentos de la guía alimentaria, con sabores, texturas y colores distintos. (13)

5.3. Factores que determinan la conducta alimentaria

La conducta humana se ve influenciada por varios factores que determinan la forma en cómo se comportan los seres humanos y que decisiones toman en relación a su vida. Para el caso de las conductas alimentarias, existen varios modelos o teorías que permiten comprender por qué los seres humanos eligen, preparan y consumen los alimentos de la forma que lo hacen. Una de estas teorías es la definida, para el caso de la nutrición, por Summer y Haddad, la cual está inspirada por la teoría de influencia triádica del comportamiento. Esta teoría menciona que para que un ser humano realice prácticas de alimentación y nutrición existen tres factores que incluyen en sus decisiones: Los factores materiales, relacionales e individuales, y los mismos son descritos a continuación. (23)

5.3.1. Factores relacionales

Se refiere a los aspectos que influyen en forma relacional o interpersonal en las decisiones alimentarias de los seres humanos. Estos factores incluyen las personas o situaciones que influyen en las decisiones del individuo, la información y las estrategias que utilizan para dicha influencia. Para el caso aplicado a la alimentación y nutrición, y en este caso para la lactancia materna y alimentación complementaria, estos factores incluyen aspectos tales como quienes son las personas o actores que inciden de manera importante para que éstas se den o no en forma exitosa.

Otros aspectos que se incluyen en estos factores son la cercanía de la persona que influye, la estrategias que utilizan el entorno social para influir en el individuo, los mensajes o medios que son aceptados o no dependiendo que quien los brinde o como se brinden y las experiencias previas de otras personas, entre otros. (23)

5.3.2. Factores materiales

Los factores materiales se definen como todos aquellos aspectos físicos o materiales que influyen las decisiones de alimentación de un ser humano. Para este caso se tomaron como los factores económicos, el acceso a servicios básicos, el tipo de trabajo que lleva a cabo el individuo, entre otros.

Otros aspectos como el bienestar y nivel de vida práctica, ingreso, riqueza, activos actividades de empleo, medios de vida, educación, habilidades, salud física, capacidad acceso a los servicios, comodidades y calidad del medio ambiente con también factores materiales que influyen el comportamiento alimentario. (23)

5.3.3. Factores individuales

Estos factores son más subjetivos y están determinado por el propio miedo, motivación, creencias, mitos y hábitos de los individuos en relación un comportamiento.

Los factores individuales son también definidos como los valores, percepciones, experiencias, comprensiones de lo sagrado y el orden moral, auto-concepto y personalidad, esperanzas, miedos y aspiraciones, sentido de significado, niveles de satisfacción confianza y seguridad, entre otros.

Estos factores son los más difíciles de identificar, sin embargo son los elementos claves que puede motivar una conducta y su influencia en este caso, en la alimentación y la nutrición de un individuo, pueden ser determinantes y altamente influyentes, para este estudio se pueden mencionar la carga cultural, la experiencia de vida, la influencia sentimental entre la madre y el niño, entre otros. (23)

5.4. Madres trabajadoras

Las participantes del estudio cumplen una característica en común y es que laboran fuera de casa, ya sea por pocas horas o en horarios largos. Esto implica una dificultad para amamantar a su bebé y, en algunos casos, puede llegar a ser un serio impedimento para trabajadoras internas del servicio doméstico, personas que realizan guardias de 24 horas, o aquellas que requieren desplazamientos de más de un día, etc.

Dar el pecho a demanda es problemático durante las horas que la madre está alejada del bebé. Recomendar lactancia materna a demanda durante 6 meses, sin tener en cuenta las dificultades que puede tener cada madre trabajadora en concreto, puede llevar al abandono de la lactancia, en muchos casos con sentimientos de culpabilidad por no haber ofrecido lo mejor a su bebé o por no haber seguido las recomendaciones del experto.

Cuando la mujer se tiene que incorporar al trabajo se añade un riesgo más para la salud de la diada madre-bebé, derivado de sus sentimientos y emociones: pena y culpa por alejarse del bebé, responsabilidad para con el trabajo, miedo por la atención que recibirá la criatura en ausencia de la madre, deseo de romper el aislamiento que suponen en esta sociedad los primeros meses de crianza, miedo por

las posibles represalias en el trabajo después de la maternidad, cansancio por doble o triple jornada, cumplir con las expectativas sociales (buena madre, buena esposa, buena trabajadora, guapa, activa socialmente) sin olvidar que durante el período de alimentación de sus hijos o hijas en la mayoría de los casos no están presentes, por lo que no depende en gran medida en ellas la decisión de la alimentación de sus hijos o hijas. (15)

En Guatemala se cuenta con la Ley que hace referencia a la madre trabajadora dicha Ley se encuentra en el Código de Trabajo Artículo 152. Este Código específicamente refiere que la madre trabajadora gozará de un descanso retribuido con el 100 por ciento de su salario durante los 30 días que precedan al parto y los 54 días siguientes; los días que no pueda disfrutar antes del parto, se le acumularán para ser disfrutados en la etapa post-parto, de tal manera que la madre trabajadora goce de 84 días efectivos de descanso durante ese período. Sin embargo la Ley en su inciso a dice que: La interesada sólo puede abandonar el trabajo presentando un certificado médico en que conste que el parto se va a producir probablemente dentro de cinco semanas contadas a partir de la fecha de su expedición o contadas hacia atrás de la fecha aproximada que para el alumbramiento se señale, lo cual en algunos tipos de trabajo se cumple y en otros no, dependiendo la formalidad del mismo.

También en el código de trabajo se especifica que durante los 10 meses después del parto la madre tiene derecho a un permiso por lactancia para alimentar o darle el pecho al bebé mientras trabaja, también goza del derecho de Inamovilidad, lo que significa que no puede ser despedida del trabajo injustificadamente. (24)

VI. OBJETIVOS

6.1. General

Determinar el cumplimiento de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria y los factores relacionales, individuales y materiales que influyen en la aplicación de éstas en madres trabajadoras de niños menores de 2 años, del área urbana y rural de Quetzaltenango, Guatemala.

6.2. Específicos

6.2.1. Caracterizar a las madres trabajadoras con niños menores de 2 años del área urbana y rural de Quetzaltenango.

6.2.2. Evaluar el cumplimiento de las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria de acuerdo a lo recomendado en las Guías alimentarias para menores de 2 años del Ministerio de Salud Pública de Guatemala.

6.2.3. Establecer si las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria son independientes del área de residencia (urbana y rural).

6.2.4. Identificar los factores materiales, relacionales e individuales que influyen en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria aplicadas por las madres trabajadoras.

VII. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1 Tipo de estudio

El estudio desarrollado fue de tipo cuanti-cualitativo transversal. El estudio es de características cuantitativas ya que se cuantificó el cumplimiento de las madres trabajadoras a los lineamientos de las Guías alimentarias para niños menores de dos años establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), relacionadas a lactancia materna y alimentación complementaria. Esto coincide con las características del estudio cuantitativo descritas por Zacarías quien dice que un estudio cuantitativo es aquel en el que se puede medir con números los resultados de la evaluación de una variable dando datos específicos para aplicar tratamientos específicos y comprobar la fiabilidad del estudio. (25)

El estudio también es de carácter cualitativo, ya que describió narrativamente, los factores que, de acuerdo a la percepción de las madres, influyen en sus prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria. Esto coincide con las características de un diseño cualitativo definido por Zacarías, quien describe estos estudios como aquellos cuyos resultados se basan en la exploración individual y no mide los fenómenos explorados. También menciona que estos estudios no tienen como finalidad generalizar los resultados de su investigación, ya que no se practica un análisis estadístico. Asimismo se pretende capturar experiencias en el lenguaje de los propios individuos. (25)

El estudio es de tipo transversal, ya que midió a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permitió estimar la magnitud y distribución del acontecimiento evaluado, en un momento dado.

7.2 Sujetos de estudio

7.2.1 Características generales de los sujetos

Los sujetos de estudio fueron madres trabajadoras del área urbana y rural que utilizan el servicio de guardería para niños menores de 2 años en “Casa del niño”, Quetzaltenango, así como madres trabajadoras que forman parte de grupos de apoyo a mujeres con niños menores de dos años en La Esperanza, Quetzaltenango.

El componente cuantitativo lo conformaron:

- a. 25 madres trabajadoras del área urbana que tienen niños menores de dos años de edad que asisten a la guardería Casa del Niño en Quetzaltenango que corresponden al total de las madres de niños de esa edad en dicha guardería para el año 2015.
- b. 25 madres trabajadoras del área rural de Quetzaltenango que tienen niños menores de dos años de edad y forman parte de grupos de apoyo a mujeres con niños menores de dos años, que brinda gratuitamente la municipalidad de La Esperanza, Quetzaltenango.

Para el componente cualitativo los sujetos de estudio lo conformaron:

- a. 18 madres trabajadoras del área urbana y rural, que fueron entrevistadas previamente en el componente cuantitativo divididas en dos grupos de 9 participantes, uno de los grupos para obtener la información de lactancia materna y el otro para alimentación complementaria.
- b. 17 madres trabajadoras del área rural que fueron entrevistadas previamente en el componente cuantitativo y divididas en dos grupos, un grupo de 9 madres que brindaron información de lactancia materna y el siguiente grupo de 8 participantes para información de alimentación complementaria.

7.3 Contextualización

7.3.1 Contextualización geográfica

Esta investigación se realizó en el área urbana de Quetzaltenango en la guardería Casa del Niño. Dicha guardería es un centro cuyo objetivo es brindar servicio a niños de madres que trabajan fuera de casa y que no poseen un nivel socioeconómico alto por lo que necesitan de un apoyo económico. Además brinda esta ayuda de lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm, recibe niños desde los 40 días de nacidos hasta menores de 5 años de edad.

La guardería Casa del Niño, se encuentra ubicada en la zona 3 de Quetzaltenango, una de las zonas más importantes de la cabecera departamental que se caracteriza por concentrar fuentes diversas de trabajo para las mujeres como mercados, almacenes, comedores, restaurantes, entre otros.

En el caso de las madres del área rural de Quetzaltenango se conformó por madres que asisten a en los grupos de madres trabajadoras a los que brinda apoyo la Municipalidad de la Esperanza por medio de la Oficina Municipal de la Mujer –OMM- Esta oficina se encarga de atender las necesidades específicas de las mujeres y fomenta el liderazgo, la participación económica de la mujer, motivación a ser una parte activa económica dentro de la familia orientación de sus derechos, entre otros.

Además la OMM desarrolla actividades tales como el festival municipal de la mujer que es donde las mujeres trabajadoras exponen sus productos y trabajo realizado durante los grupos y también las madres que laboran fuera de casa, tiene la oportunidad de exponer su experiencia como parte activa en la economía del hogar, como objetivo primordial el incentivar a otras mujeres que tengan niños pequeños a trabajar por un pago remunerado. (26)

Los grupos de apoyo a la madre trabajadora se desarrollan en zonas específicas del municipio y están conformados por dos grupos de mujeres trabajadoras de diferentes zonas del municipio.

7.3.2. Contextualización temporal

La realización del trabajo de campo de la investigación se llevó a cabo durante el período de junio 2015 a octubre 2015. Durante dicho período se recolectaron los datos tanto en la Guardería Casa del Niño como en los grupos de apoyo a la mujer trabajadora de la municipalidad de la Esperanza.

Los horarios de recolección de datos se adaptaron a los horarios laborales y la flexibilidad de las madres participantes.

7.4. Variables

Cuadro de Variables

VARIABLE	SUB-VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALAS
Caracterización de las madres trabajadoras (Variable Independiente)		Se refiere a todas las características que definen a una madre que ejerce una actividad laboral remunerada fuera de su hogar.(15)	<p>Información sobre las características de las madres de niños menores de 2 años que desempeñen un trabajo remunerado económicamente fuera de su hogar y utilicen los servicios de guardería en casa del niño o asistan al grupo de apoyo de la madre trabajadora.</p> <p>Estas características incluyen procedencia geográfica (área urbana y rural), tipo de trabajo, horas laborales al día, edad, estado civil y nivel académico.</p>	<p>Promedio de edad de las madres.</p> <p>Frecuencia del estado civil de las madres.</p> <p>Frecuencia del nivel académico completado.</p> <p>Frecuencia del tipo de trabajo (de acuerdo a las propias respuestas de las madres).</p> <p>Promedio de horas laborales.</p> <p>Promedio de número de hijos.</p> <p>Promedio de tiempo pre y post parto brindado en el trabajo.</p>	<p>Estado civil: Soltera, casada, unida, otros</p> <p>Nivel académico: Ninguno, primaria, secundaria, diversificado, universitario.</p>

<p>Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria (Variable Independiente)</p>	<p>Cumplimiento de lactancia materna y alimentación complementaria</p>	<p>Se refiere a la adopción de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en niños menor de dos años/as, que garanticen la suficiencia de acuerdo a las necesidades nutricionales del lactante de acuerdo a lo recomendado en las Guías alimentarias para niños menores dos años para Guatemala, propuestas por el MSPAS. (17)</p>	<p>Se refiere a que al menos el 80% de las madres cumplan con las recomendaciones de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria recomendadas por el MSPAS definidas en las Guías de alimentación para población menor de 2 años.</p>	<p>% de madres que cumplieron las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria según las recomendaciones del MSPAS evaluando lo siguiente:</p> <p>Lactancia materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de lactancia exclusiva • Frecuencia de apego inmediato • Frecuencia de brindar calostro • Frecuencia de brindar lactancia a libre demanda <p>Alimentación complementaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promedio de iniciar la AC a los 6 meses • Frecuencia de brindar la consistencia de los alimentos adecuada para cada etapa • Frecuencia de aumentar la cantidad en cada etapa. • Frecuencia del número de tiempos de comida 	<p>De la suma del cumplimiento de todas las prácticas se tomó lo siguiente:</p> <p>Lactancia Materna 0-79 puntos: Incumplimiento de la práctica 80-100Cumplimiento de la práctica</p> <p>Alimentación complementaria: De la suma del cumplimiento de todas las prácticas de lactancia materna se tomó la siguiente escala: 0-79 puntos: Incumplimiento de la</p>
--	--	--	--	---	--

				brindado. <ul style="list-style-type: none"> Frecuencia de continuar con la lactancia materna hasta los 2 años 	práctica 80-100 Cumplimiento de la práctica
	Dependencia de cumplimiento de lactancia materna y alimentación complementaria y el área geográfica de procedencia de la madre trabajadora	Se refiere a la dependencia entre el cumplimiento de las prácticas de lactancia materna y el área de procedencia de las madres.	Se refiere a definir si el porcentaje de cumplimiento para lactancia materna y alimentación complementaria es independiente o no al área del cual proceden las madres.	Diferencias entre las frecuencias de los datos reales y datos supuestos del área urbana y rural para el cumplimiento de las prácticas de lactancia materna y alimentación , con niveles de confianza del 95% (Chi-cuadro)	Si p es mayor a 0.05 se establece que no hay dependencia entre variables Si p es menor a 0.05 se establece que si hay una dependencia entre variables
Factores que determinan las prácticas de lactancia materna y Alimentación complementaria (Variable dependiente)	Materiales	Son todos aquellos aspectos que influyen en los comportamientos humanos y están relacionadas al bienestar y al nivel de vida de las personas.(23)	Son todos aquellos aspectos que influyen en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria y que están relacionadas al bienestar y al nivel de vida de la madre tales como: Trabajo, lugar de nacimiento, valor económico de la lactancia materna y alimentación complementaria, trabajo.	Descripción de todos los factores materiales encontrados para área urbana y los factores encontrados para área rural.	No aplica

	Relacionales	Son los factores que tienen que ver con el entorno que rodea al sujeto. (23)	Para este estudio son los factores tales como personas o relaciones externas a la madre que influyen en las decisiones relacionadas a la alimentación de menores de dos años que ésta toma tales como: Consejos recibidos, personas de influencia, redes de apoyo.	Descripción de todos los factores relacionales encontrados para área urbana y los factores encontrados para área rural.	No aplica
	Individuales	Son los aspectos individuales tales como los valores, percepciones y propias experiencias que determinan un comportamiento.(23)	Son los aspectos subjetivos e individuales que influyen las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de la madre. Esto incluye: Conocimientos sobre lactancia materna, creencias, experiencias previas, miedos e inseguridades, motivaciones.	Descripción de todos los factores Individuales encontrados para área urbana y todos los factores encontrados para área rural.	No aplica

Fuente: Elaborado por la investigadora

VIII. PROCEDIMIENTO

8.1. Obtención del aval institucional

Para llevar a cabo el estudio se coordinaron reuniones con la directora de la guardería Casa del niño en Quetzaltenango y con la encargada de la Oficina Municipal de la Mujer –OMM- llevando carta oficial de solicitud de apoyo. Posterior al obtener los permisos correspondientes de ambas instituciones, se inició la coordinación con las madres trabajadoras de Quetzaltenango y las dirigentes comunitarias de los grupos de madres trabajadoras de la Municipalidad de La Esperanza.

8.2. Preparación de los instrumentos

Para la realización del estudio fue necesario elaborar instrumentos apropiados para la recolección de los datos. A continuación se detalla los pasos que se siguieron con respecto a la realización y prueba de dichos instrumentos.

8.2.1Diseño de instrumentos

Se diseñaron tres instrumentos para el desarrollo de la investigación que incluyeron:

a. Consentimiento informado

Este instrumento se diseñó para brindar información general sobre el estudio a las participantes, así como información para que las mismas decidieran voluntariamente si participaban en el estudio. La información brindada incluyó el rol de que las madres tuvieron en dicha investigación, los beneficios y posibles daños del estudio, datos del manejo de la confidencialidad, entre otros. Además el consentimiento contó con una sección en donde se solicitó en forma escrita la autorización de la madre para participar voluntariamente en la investigación e información sobre los contactos del estudio en caso de preguntas o sugerencias. (Ver Anexo 1)

b. Cuestionario para la determinación de prácticas de LM Y AC

Para poder conocer las prácticas de LM y AC que aplican las participantes del estudio con sus niños se diseñó un cuestionario cuantitativo. En él se llevaron a cabo preguntas abiertas y cerradas las cuales fueron diseñadas tanto para caracterizar a la población de estudio como para contar con datos de su trabajo e identificar las prácticas de LM y AC.

Las preguntas fueron definidas tomando en cuenta la aplicación de las recomendaciones que se encuentran en las Guías alimentarias para niños menores de dos años para Guatemala, evaluando lo siguiente: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, apego inmediato madre- bebe, aprovechamiento del calostro y el brindar lactancia materna a libre demanda.

Para el caso de la alimentación complementaria se evaluó el inicio de ésta a los 6 meses, consistencia adecuada en cada etapa, aumento de la cantidad de alimentos en cada etapa, alimentos adecuados en cada etapa y continuación lactancia materna hasta los 2 años. (Ver Anexo 2).

c. Guía de grupo focal para explorar factores que determinan las prácticas

Se recogió información relacionada a los factores que influyen tanto en lactancia materna y alimentación complementaria, por medio de una guía de grupo focal con preguntas abiertas, en dicha guía se estableció una parte de instrucciones donde se indica los pasos previos que se deben seguir al momento del desarrollo del grupo focal.

Las preguntas son generadoras y en algunos casos las mismas promovieron el análisis y discusión grupal en relación a los factores relacionales, materiales e individuales que determinan las prácticas de alimentación en niños menores años por madres trabajadoras tomando en cuenta las variables de estudio. (Ver Anexo 3)

8.2.2 Prueba de instrumentos

Para asegurar que los instrumentos estaban aptos para la realización del trabajo de campo previo con las madres, se llevó a cabo un proceso de prueba de los mismos.

Los instrumentos se probaron con madres trabajadoras con características similares a la población del estudio que asistían al Centro de Salud de Quetzaltenango y al Centro de Salud de la Esperanza.

Para la prueba de los instrumentos se entrevistó a un total de 12 madres menores de dos años, n=4 en La Esperanza (Área rural) y n=8 que asistieron al Centro de Salud de Quetzaltenango (Área urbana). Los criterios para la prueba de los instrumentos incluyeron que 80% o más de las madres comprendiera las preguntas y que todas las respuestas brindadas respondieran al objetivo de la pregunta.

Luego de realizar la prueba de instrumentos se realizaron correcciones mínimas en forma, considerando posteriormente que los instrumentos ya estaban listos para la recolección de información. Los criterios de análisis de la prueba de instrumentos se describen en incisos posteriores.

8.3 Identificación de participantes y consentimiento informado

Para la identificación de los participantes válidos para esta investigación se tomaron en cuenta algunos criterios, los cuales se describen a continuación:

8.3.1 Criterios de inclusión

- a. Madres que desempeñaban un trabajo remunerado fuera de casa.

- b. Madres de niños menores de dos años.

- c. Madres que asistían a la guardería Casa del Niño de Quetzaltenango o al grupo de apoyo de madres trabajadoras de la Esperanza.

8.3.2 Criterios de exclusión

- a. Madres que no quisieron participar en el estudio.

- b. Madres que no firmaron el consentimiento informado.

8.3.3 Determinación de la muestra.

Debido a las características de la población, se trabajó con la totalidad de las madres de niños/as menores 2 años que asisten a la guardería Casa del Niño (n=25) y un número equitativo de madres que asisten al grupo de la Esperanza (n=25).

8.3.4 Obtención del consentimiento informado

La recolección de los datos estuvo a cargo de la investigadora. Previo a iniciar se leyó y explicó a cada madre el consentimiento informado (Anexo1) y se solicitó su aprobación por escrito para llevar a cabo la entrevista por medio de su firma o huella en dicho consentimiento.

8.4 Pasos para la recolección de datos.

Posterior a obtener el consentimiento de las participantes, se procedió a recopilar la información necesaria para este estudio, debido a los objetivos planteados la recolección de información se realizó de dos formas las cuales se describen en los siguientes incisos.

8.4.1 Para la recolección de información cuantitativa

Para la entrevista cuantitativa se realizaron n=25 entrevistas con madres del área urbana de Quetzaltenango en la Casa del Niño y n=25 entrevistas con madres del área rural de Quetzaltenango. Las entrevistas fueron desarrolladas por la investigadora a cada madre individualmente, y las respuestas fueron anotadas en el formulario respectivo (Anexo 2). Esta forma de levantar la información sirvió para interactuar con las madres de una forma personal y confiable y de esta forma poder contar con la información solicitada en el cuestionario.

Al finalizar las entrevistas se procedió a brindarles a las madres asistentes una charla de temas nutricionales en el caso de la Casa del Niño (ver detalle en párrafos anteriores) y un refrigerio.

Y en el caso de las madres del área rural la charla se realizó en días posteriores al finalizar el trabajo de campo.

8.4.3 Para la recolección de información cualitativa

Para conocer los factores económicos, relacionales e individuales que influyen en las prácticas de alimentación de niños menores de dos años se llevaron a cabo grupos focales.

Se llevaron a cabo 4 grupos focales, dos de los cuales se realizaron para conocer los factores que influyeron en las prácticas de lactancia materna, (n=1 en área rural y n=1 en área urbana), y 2 grupos focales para conocer las prácticas de alimentación complementaria, (n=1 en área rural y n=1 en área urbana). Los grupos fueron grabados digitalmente previa autorización de las participantes, dicha autorización estaba establecida en el consentimiento informado que se les brindó al inicio de la investigación.

La asistencia de los grupos fue de 18 madres para área urbana 9 en el grupo de lactancia materna y 9 madres en el grupo de alimentación complementaria. Y para el área rural 9 madres para el grupo de lactancia materna y 8 madres para el grupo de alimentación complementaria.

8.5 Procesamiento de datos

8.5.1 Proceso de digitación y tabulación de datos

La digitación de datos cuantitativos se realizó en forma electrónica, a través del programa Microsoft Excel ® donde se realizó una base de datos para área urbana y rural, a cada madres se le asignó un código se abrieron 4 hojas de Excel una para

cada una de la siguiente información: datos generales, datos sobre el trabajo desempeñado por las madres, los datos obtenidos sobre lactancia materna y los datos de alimentación complementaria, este esquema de base de datos se desarrolló tanto para área urbana como para el área rural.

Una vez elaboradas la respectiva base de datos como se describió anteriormente, se procedió a la elaboración de los procesos estadísticos correspondientes, los cuales se describen en incisos posteriores y la elaboración de gráficas y cuadros para la presentación de los resultados.

Para la descripción cualitativa de la información recabada en los grupos focales y grabada en forma digital, la información fue transcrita *verbatim* en español para luego transferirla a un archivo de Microsoft Word®. Luego dichas transcripciones fueron codificadas de acuerdo a los criterios de análisis definidos para el estudio utilizando el programa cualitativo HYPERResearch 3.5.2®

IX. PLAN DE ANÁLISIS

Para obtener los resultados validos en la presente investigación, se utilizaron diferentes criterios de análisis dependiendo de la clasificación de los datos obtenidos, a continuación se detalla los diferentes criterios de análisis utilizados.

9.1 Análisis de la prueba de instrumentos

Los criterios para determinar si los instrumentos estaban listos para la utilización en trabajo de campo incluyeron: La comprensión de preguntas y que la respuesta estuviera entre las opciones esperadas, que las respuestas brindadas respondieran al objetivo de las preguntas y que las respuestas fueran claras.

Se consideró como un instrumento aceptable si el 80% o más de la población que participó en el ejercicio de prueba de instrumentos respondieron a las preguntas realizadas y manifestaran que éstas se entendían y eran fáciles de responder.

Con respecto a la prueba de los instrumentos se logró que en un 100% de la población las respuestas a las preguntas fueran contestadas manifestando claridad y entendimiento. El 80% de las madres entrevistadas no se negaron a responder y en ambos Centros de Salud las preguntas respondieron a los objetivos y fueron de entendimiento adecuado para las madres.

9.2. Análisis de prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria

Para el análisis de los datos obtenidos se compararon las prácticas LM y AC en menores de 2 años aplicadas por las madres participantes con las recomendadas en las Guías alimentarias para población menor de 2 años, se calificó la prueba en base a los siguientes criterios para lactancia materna que incluyen: Brindar lactancia materna exclusiva, practicar el apego inmediato, brindar calostro y ofrecer lactancia materna a libre demanda. Para el caso de la alimentación complementaria se evaluó que el inicio de la alimentación fuera a los 6 meses, la consistencia de los alimentos recomendada por etapa de edad, el aumento del número de comidas por etapa de

edad y que el alimento brindado fuera el recomendado por etapa de edad. También se incluyó que se diera lactancia materna continuada hasta los 2 años. (17)

Para calificar que la práctica fuera adecuada se asignó un puntaje a cada respuesta dada, y se sumó cada uno dando como resultado si cumple o no las prácticas totales evaluadas tanto de lactancia materna como alimentación complementaria, para eso se tomó la siguiente clasificación:

Cuadro 2
Criterios para clasificar practicas adecuadas e inadecuadas

Punteo	Clasificación
0-79	Incumplimiento de la práctica
80-100	Cumple la práctica

Para definir el cumplimiento total por área rural y urbana, se definió que si el 80% o más del total de las madres cumplían las prácticas evaluadas se tomaba como un cumplimiento adecuado, analizando que las prácticas coincidieran con las recomendaciones antes mencionadas. (27)

Previo a desarrollar el componente cualitativo se identificaron a madres que cumplen y no cumplen con las recomendaciones de LM y AC en menores 2 años definidas por MSPAS en las guías para poblaciones menores de 2 años. Se definieron como madres que cumplen a que aquellas que llenen en 80.0% o más las recomendaciones del MSPAS exploradas en el cuestionario y como madres que no cumplen a aquellas que cumplen con menos del 80.0% de dichas recomendaciones. Este criterio fue de utilidad para desarrollar las comparaciones y determinar la relación entre cumplimiento entre áreas. (27)

Luego se calculó la significancia de la dependencia entre las prácticas del área urbana y rural aplicando la prueba de Chi-cuadrado tomando como un valor significativo menor o igual a 0.05, con un nivel de confianza del 95.0%, tal como se describe en el cuadro de variables. Entre las frecuencias esperadas se observó una menor a 5, por lo que se aplicó la corrección de Yates para poder determinar el Chi-cuadrado y que este fuera válido.

9.3. Análisis de los grupos focales

Para la descripción de los factores materiales, relacionales e individuales que determinan las prácticas de LM y AC en niños menores de dos años se tomaron en cuenta los dominios de cada factor definidos por Summer y Haddad, de acuerdo a los criterios de análisis descritos en el cuadro de variables. Los cuales se clasificaron según la teoría trídica en materiales, relacionales e individuales. Las narrativas fueron clasificadas en los factores en relacionales, individuales y materiales, para la realización de dicha clasificación se utilizó el programa HYPERResearch®.

X. ALCANCES Y LÍMITES

A continuación se describen los alcances factibles que brindó la información obtenida en la presente investigación, así también las limitantes con las que se enfrentó durante el trabajo.

10.1. Alcances

El alcance más significativo que dejó la investigación fue conocer el por qué se desarrollan ciertas prácticas de alimentación complementaria y lactancia materna, tanto en área urbana y rural, en una población de madres trabajadoras que de acuerdo a los censos llevados a cabo por el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala va en aumento, diferenciando las mismas en área urbana y rural.

Además el estudio permitió determinar que si existe una dependencia entre las prácticas de alimentación que tienen con sus hijos y el área geográfica de procedencia.

Así mismo se pudo identificar si los factores que determinan las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria encontrados, no son los mismos para ambas áreas, lo que brinda información clave de cómo pueden promoverse dichas prácticas en mujeres trabajadoras de ambas áreas, dando insumos sobre los contenidos a priorizar por el personal de salud para promocionar el adecuado cumplimiento de prácticas de antes mencionadas, en esta población específica.

10.2. Límites

Los límites más importantes fueron que dada la especificidad de las características de este estudio, los resultados no pueden generalizarse a poblaciones distintas o más amplias en donde se necesitaría integrar una muestra con mayor poder estadístico.

XI. ASPECTOS ÉTICOS

Dada que la presente fue una investigación en donde se obtuvo información de seres humanos, la misma incluyó aspectos que garantizaron el respeto a sus derechos e integridad. Así también el respeto al manejo de la información obtenida. A continuación se describen los aspectos éticos tomados en consideración para dicha investigación.

Los aspectos éticos del estudio incluyeron la aplicación de un consentimiento informado que llenaba los requisitos de procesos de investigación en seres humanos, en donde se dio a conocer a las participantes el objetivo, procedimiento, riesgos y beneficios de participar en el estudio. Además se explicó el carácter voluntario de su participación, completando el consentimiento informado descrito en párrafos anteriores, solicitando su firma como prueba de que el mismo fue explicado, comprendido y aceptado por la participante (Anexo1).

Para garantizar la confidencialidad de los participantes se asignó un código alfanumérico a cada una, tanto para las boletas de recolección como para el ingreso en la base de datos, lo que evitó el uso del nombre de la madre o el niño. De esta forma la identidad de la participante quedó resguardada, así como la confidencialidad de la información brindada.

Para ambos grupos, al término de la recolección de la información cualitativa, se les brindó una charla sobre “Nutrición en la mujer en edad fértil” como un beneficio de participar en el estudio. Las charlas fueron facilitadas como un reconocimiento al tiempo invertido por las madres por participar en el estudio. Dichas charlas se llevaron a cabo en el tiempo elegido por las madres para asegurar la participación de todas, en dichas charlas al finalizar se les brindó un refrigerio también como agradecimiento al tiempo brindado para este estudio.

XII. RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación corresponden a las entrevistas realizadas a 50 madres del área urbana (n=25) y rural (n=25) y la información obtenida por medio de 4 grupos focales realizados a las mismas madres. Los resultados se dividen en 4 incisos, el primero corresponde a la caracterización de la población en estudio: nivel de escolaridad, estado civil, promedio de edad, número de hijos, personas con las que vive en el hogar, el cual fue evaluado por medio de la entrevista cuantitativa.

El segundo inciso corresponde a características del trabajo en ambos grupos: tipo de trabajo, horas que labora fuera de casa, permanencia del niño con la madre en el trabajo, lo cual también fue evaluado por medio de la entrevista cuantitativa.

En el tercer inciso se encuentran los resultados relacionados con las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres, para lo cual se utilizó como comparación las recomendadas en las Guías alimentarias para población menor de 2 años, por medio de una entrevista cuantitativa.

En el cuarto y último inciso se incluyen los resultados que corresponden a determinación de los factores materiales, individuales y relacionales los cuales fueron identificados por medio de la técnica de grupos focales. En esta sección se describen cuáles son las causas que según las madres influyen en la alimentación de sus hijos, tanto para brindar lactancia materna como para brindar la alimentación complementaria. Esta información se describe en forma diferenciada dependiendo de la ubicación geográfica de las madres (área urbana y rural).

12.1. Caracterización de la población estudiada

La población fue conformada por madres trabajadoras del área urbana y rural con niños menores de 2 años, en ambos grupos no se observó una diferencia marcada en las siguientes características, promedio de edad, número de hijos vivos, promedio

de edad del último niño, estado civil, y personas con las cuales vive, sin embargo si se encontró diferencia con el grado académico de las madres, siendo el diversificado el más predominante en área urbana y el nivel primario para el área rural, tal como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1
Características de las madres trabajadoras del área urbana y rural de Quetzaltenango

Característica	Urbano (n=25)	Rural (n=25)
Promedio de edad de las madres (años)	27.8	26.6
Promedio de edad hijo/a (meses)	14.8	12.4
Estado civil		
Casada	11	15
Soltera	5	6
Unida	9	4
Nivel académico de la madre		
Ninguno	1	3
Primaria	4	10
Básico	4	6
Diversificado	11	6
Universitario	5	0
Personas con las cuales vive la madre		
Esposo	13	20
Padres	6	1
Suegros	5	4
Sola	1	0

Fuente: Base de datos trabajo de campo 2015

10.2. Características del trabajo de la población estudiada

Las 50 madres del estudio 25 del área urbana y 25 del área rural, desempeñaban un trabajo fuera del hogar, los trabajos entre las madres en su mayoría son diferentes, únicamente oficios domésticos y comerciantes se repiten entre las madres de ambas áreas.

Es importante destacar que las madres urbanas en promedio laboran más horas por día, pero también son ellas las que en promedio tienen más tiempo de descanso post-natal comparado con las madres rurales, como se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2
Características del trabajo que desempeñan las madres del área urbana y rural de Quetzaltenango

	Urbano (n=25)	Rural (n=25)
Promedio de horas laborales por día	7.4hrs (min-max 5-12)	5.3hrs (min-max 2-8)
Tiempo de post-parto meses	1.8 (min-max 0.5-4)	1.3 (min-max 0.5-4)
Tipos de trabajo		
Oficios domésticos	5	3
Comerciantes	3	4
Secretarias	6	0
Dependientes de mostrador	3	0
Tortilleras	0	4
Bordadoras de güipil	0	4
Vendedoras de comida	0	5
Otros (lavanderas, estilistas, contadoras)	8	5

Fuente: Base de datos trabajo de campo 2015

10.3. Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria

A continuación se presentan los resultados de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, reportados por las madres en la fase cuantitativa.

10.3.1. Prácticas de lactancia materna

Con respecto a las prácticas de lactancia materna evaluadas, se identificó que las madres del área rural son las que más se apegan a las recomendadas en las Guías para población menor de 2 años, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3**Prácticas de lactancia materna de las madres trabajadoras del área urbano y rural de niños menores de 2 años**

Práctica evaluada (Recomendaciones Guía alimentaria para niños menor de 2 años)	Número de madres del área urbana (n=25)	Número de madres del área rural (n=25)
Apego inmediato (no más 30 minutos post parto)	12	16
Lactancia materna exclusiva (6 meses)		
Exclusiva	2	14
Predominante	1	7
Mixta	22	4
Calostro (Primer alimento recibido)	18	22
Lactancia a libre demanda (A toda hora, de día y de noche)	8	25

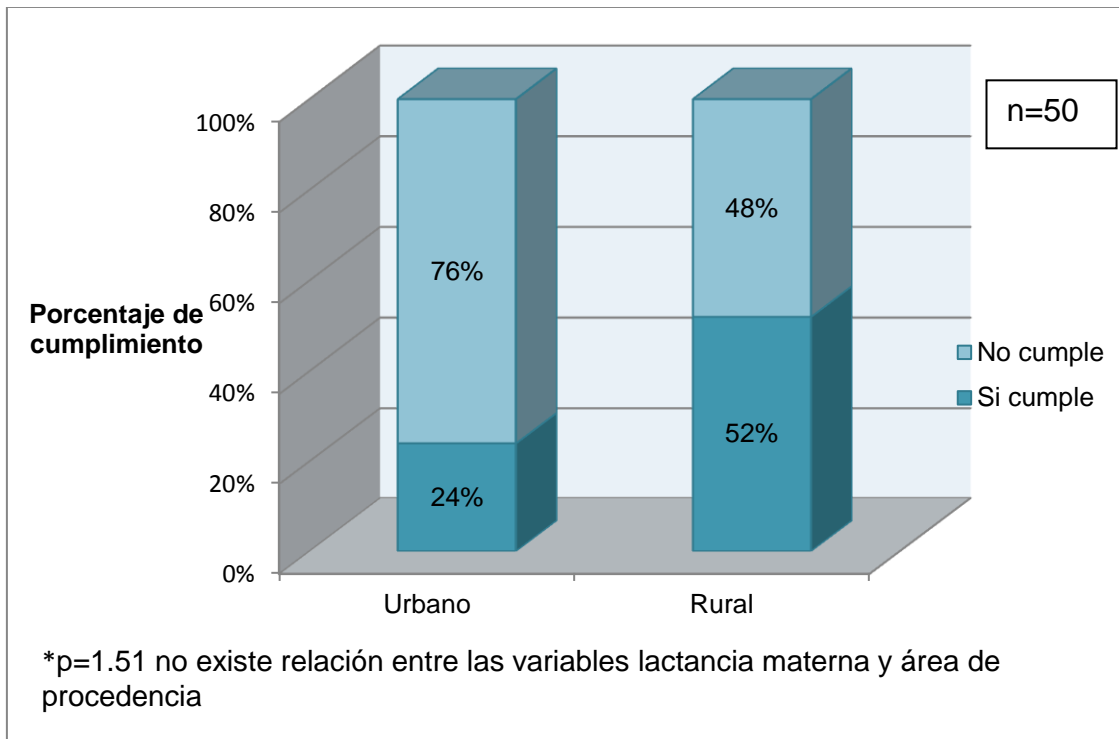
Fuente: Base de datos trabajo de campo 2015

En relación al cumplimiento de las prácticas de lactancia materna descritas por las madres, y según las recomendadas en las Guías alimentarias, ninguno de los dos grupos evaluados está por arriba del porcentaje de cumplimiento aceptable para este estudio 80%, sin embargo las madres del área rural tienen mayor porcentaje de cumplimiento con respecto a las madres del área urbana.

Sin embargo, se identificó que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables prácticas de lactancia materna y área de procedencia de las madres, como se observa en la Gráfica 1.

Gráfica 1

Porcentaje de cumplimiento de las prácticas de lactancia materna según las recomendaciones de las Guías alimentarias para niños menores de 2 años en área urbana y rural de Quetzaltenango



*p=Aplicada la prueba de Chi-cuadrado, con nivel de significancia mayor a 0.05 95% confiabilidad.

Fuente: Base de datos trabajo de campo 2015

10.3.2. Prácticas de alimentación complementaria

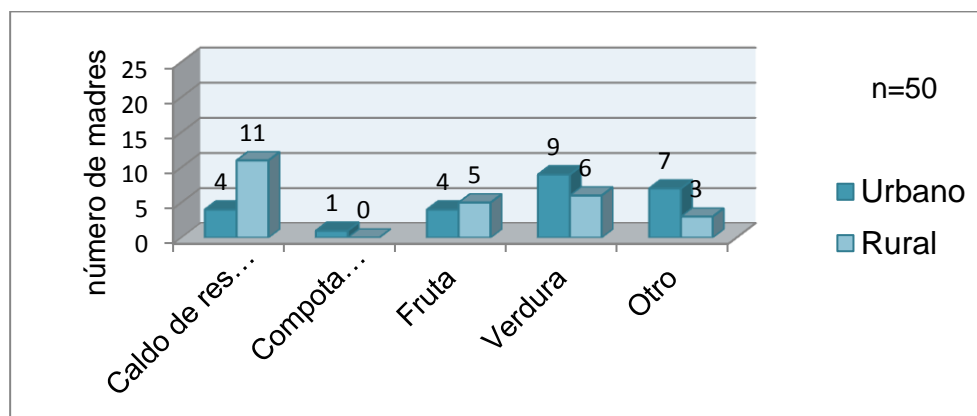
En relación con las prácticas de alimentación complementaria que tiene las madres con sus hijos se identificó que el promedio de edad en meses en la cual empezaban con la alimentación fue de 6.18 y 5.5 meses para área urbana y rural respectivamente. Con respecto a la continuidad de lactancia materna por parte de las madres se encontró que 15/25 urbano y 25/25 rural, continuaban dando lactancia en el momento de la entrevista.

Los alimentos más comunes con los cuales las madres inician la alimentación complementaria varían entre las madres de las dos áreas. Para el área rural el alimento favorito para iniciar la alimentación son los caldos y para el caso del área

urbana prefieren iniciar con verduras, seguido de una variedad de alimentos tales como: Huevo, tamalito y arroz, tal como se ilustra en la Gráfica 2

Gráfica 2

Alimentos más comunes con los cuales las madres del área urbana y rural inician la alimentación complementaria.



Fuente: Base de datos trabajo de campo 2015

El número de tiempos de comida que se les brindó a los niños dependiendo la etapa de edad en la que se encuentran, se observa que a diferencia de los resultados anteriores, las madres que más cumplen con los tiempos son las madres del área urbana, tal como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4

Número de tiempos de comida que las madres trabajadoras del área rural y urbana brindan a sus bebés por etapas

Número de tiempos de comida por etapa	6-8 meses		9-11 meses		12-24 meses	
	Rural (n=6)	Urbano (n=2)	Rural (n=8)	Urbano (n=6)	Rural (n=11)	Urbano (n=17)
1 tiempo	3	1	0	0	0	0
2 tiempos	0	1	2	0	0	0
3 tiempos	3	0	4	5	8	9
3 tiempos y 2 refacciones	0	0	2	1	3	8

Fuente: Base de datos trabajo de campo 2015

La consistencia con la cual se dan los alimentos en las diferentes etapas es otra recomendación encontrada en las Guías alimentarias, para ambas áreas urbana y rural las madres mencionaron que al inicio brindaban la alimentación en tipo papilla, sin embargo las madres que más cumplieron con esta práctica fueron las del área urbana como se observa en la Tabla 5.

Tabla 5
Consistencia de los alimentos brindados por las madres del área rural y urbana en cada etapa.

Consistencia del alimento/Frecuencia de madres	6-8meses		9-11 meses		12-24 meses	
	Rural (n=6)	Urbano (n=2)	Rural (n=8)	Urbano (n=6)	Rural (n=11)	Urbano (n=17)
Papilla	5	2	0	0	0	0
Licuado/caldo	1	0	0	2	0	0
Trocitos pequeños	0	0	5	4	7	10
Consistencia normal del alimento	0	0	3	0	4	7

Fuente: Base de dato trabajo de campo 2015

Con respecto a la introducción de alimentos se debe realizar paulatinamente de acuerdo a las Guías alimentarias, la incorporación de los alimentos que tuvieron las madres tanto para área rural y urbana, siendo las verduras el alimento que más se introdujo al inicio de la alimentación, otro alimento que se puede mencionar fue el café el cual se introdujo antes de los dos años en casi la totalidad de las madres como se ilustra en la Tabla 6.

Tabla 6**Mes de introducción de alimentos en los niños menores de 2 años por parte de las madres trabajadoras área urbana y rural de Quetzaltenango**

ALIMENTO/MES DE INICIO	6-8meses		9-11 meses		12-24 meses	
	Área rural (n=25)	Área urbana (n=25)	Área rural (n=25)	Área urbana (n=25)	Área rural (n=25)	Área urbana (n=25)
Arroz	9	6	10	11	1	0
Verduras	20	18	5	5	0	1
Incaparina®	4	7	12	6	5	0
Huevo	1	1	10	7	5	12
Carne	3	3	12	4	6	15
Frutas	13	5	7	5	3	7
Leche entera	0	2	2	17	4	6
Café	3	5	4	18	15	2
Tamalito/tortilla	13	4	7	10	5	3

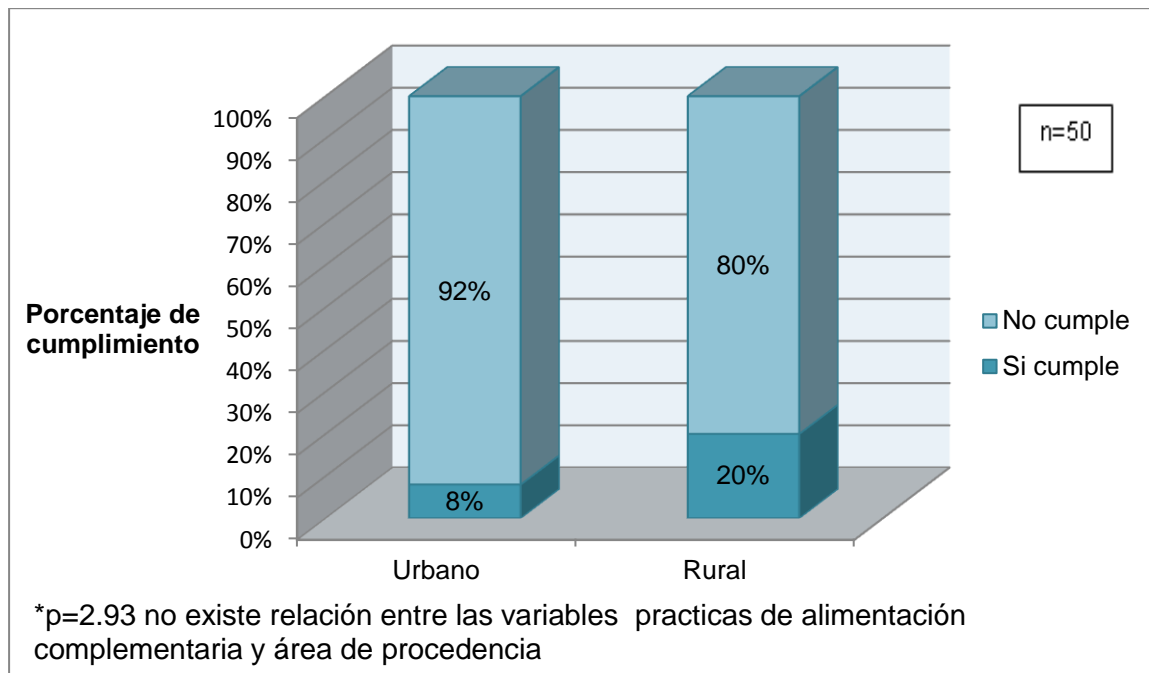
Fuente: Base de datos trabajo de campo 2015

Al igual que para la lactancia materna también, para la evaluación de la alimentación complementaria se asignó un porcentaje que se tomó como aceptable en base a las recomendaciones de las Guías alimentarias, para ambas áreas geográficas, se observó que no cumplen con lo establecido, teniendo una ligera ventaja el área rural sobre el área urbana.

Al relacionar las variables cumplimiento de alimentación complementaria con la procedencia de las madres, se encontró que estadísticamente son independientes una de la otra, al igual que con las prácticas de lactancia materna, como se observa en la Gráfica 3.

Gráfica 3

Porcentaje de cumplimiento de las prácticas de alimentación complementaria realizadas por las madres trabajadoras de niños menores de 2 años en relación con las recomendadas en las Guías alimentarias para niños menores de 2 años.



*p=Aplicada la prueba de Chi-cuadrado, con nivel de significancia mayor a 0.05 95% confiabilidad.

Fuente: Base de datos trabajo de campo 2015

10.4. Factores que influyen en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en madres trabajadoras del área urbana y rural.

Los siguientes resultados se obtuvieron de 4 grupos focales desarrollados con madres trabajadoras del área rural y urbana, los resultados se presentaran en dos incisos el primero para lactancia materna y el segundo alimentación complementaria, el objetivo de esto fue determinar tanto los factores materiales, relacionales como individuales que influyen en el desarrollo de las prácticas de alimentación que realizan las madres con sus hijos/as. A continuación se describe detalladamente los factores encontrados.

10.4.1. Factores que influyen en las prácticas de lactancia materna

a. Factores materiales

- Circunstancia del nacimiento

Para el área rural las circunstancias que afectaron la práctica de la lactancia materna entre las madres participantes incluyen aspectos relacionados al tipo de nacimiento, especialmente en casos en que los alumbramientos fueron por cirugía (cesárea).

Las madres que tuvieron a sus niños por cesárea mencionaron que lo que afectó el realizar de una forma oportuna la lactancia materna fue el estar consumiendo medicamentos, molestias o complicaciones post operatorias, también mencionaron otros aspectos donde se incluyen el dolor por los puntos y complicaciones tales como infecciones en el área de la cirugía, todo esto ocasionaba entre otras cosas la baja producción de leche, por lo que afectaba sobre todo la práctica de apego inmediato.

En contraste a esto las madres del área urbana opinaron que la cesárea no debe ser un motivo para no brindar leche a su bebé, debido a experiencias de las propias madres, y que depende de la persona no tanto de la circunstancia del parto.

“Bueno al menos en mi caso, le tenía que quitar (la lactancia) por que tomaba antibiótico” (Madre del Área Rural).

“Por la cesárea, tome demasiado antibiótico y si era recomendable quitarle el pecho”

(Madre del Área Rural).

“Pues en unas dicen que sí, pero depende la persona, porque una mi tía con cesárea la tuvo y ella si tuvo leche, mi hermana si” (Madre área urbana).

Otro aspecto relacionado con las circunstancias del nacimiento es el peso al nacer del niño/a, si es bajo peso se le indica brindarle un sucedáneo de lactancia materna, por lo que afectaba la práctica de lactancia materna exclusiva. En el caso de las madres urbanas este aspecto no fue importante para el cumplimiento de la práctica.

“Lo que pasó es que yo me quede en plan canguro, entonces allí le dan fórmula a uno para q ellos suban rápido de peso, entonces yo le di la fórmula y cuando le quise dar el pecho me costó no me lo aceptaba” (Madre del área rural).

Entre los aspectos positivos o posibles soluciones que las madres plantearon para propiciar una lactancia materna exitosa sin que les afecte lo antes mencionado, las madres del área rural mencionaron que la práctica de bañarse después de la cesárea fue una ayuda rápida para que la leche les bajara más rápido, lo que facilitaba el dar lactancia materna.

Sin embargo para las madres del área urbana las circunstancias del nacimiento como lo es el lugar donde nació el bebé, es un factor favorable debido a que, la totalidad de los casos de madres asistentes tuvieron a sus bebés en el Hospital Nacional o el Instituto de Seguridad Social, por lo que argumentaron que solo les permitían brindar leche materna, lo que para este caso fue un factor favorable al momento de cumplir la práctica.

*“Si porque yo por lo menos las mías las dos fueron cesáreas, pero yo me bañé”
(Madre área rural).*

- Valor económico asociado a lactancia materna

Para ambas áreas otro factor encontrado fue el costo que trae el no brindarla y como éste influye. Las madres comentaron que el no brindar lactancia materna es un factor desfavorable en éste aspecto influye desfavorablemente en la práctica, debido a que afecta en la economía tanto de ella como de su familia.

“Afecta bastante, sale caro” (Madre área rural).

“Si ya a los 3 meses le di porque no me quisieron comprar fórmula” (Madre área rural).

En el caso de las madres del área urbana tuvieron más comentarios acerca del costo que implica para ellas el dar o no dar lactancia a sus bebés, argumentaron en su mayoría que el brindar lactancia materna no tenía ningún efecto desfavorable en lo económico.

“La lactancia sí porque es gratis” y no les implicaba el invertir en la alimentación de sus bebés, como es el caso de algunas madres que por diversas razones no pueden brindarles pecho a sus bebé: el factor económico también afecta, porque con mi beba más grande no se le pudo dar por factor de salud, pero como dice mi esposo la niña de oro” (Madre área urbana).

- Trabajo

Con respecto al factor trabajo en el caso de las madres rurales en su totalidad mencionaron que no era algo que les impedía el brindar pecho a sus bebés, debido a los tipos de trabajo que ellas desempeñan, en algunos casos la madre trabaja con él bebé por lo que en ningún momento se separa de él.

“Me lo llevo, me aceptan con mi bebé” (Madre del área rural).

En el caso de otras madres que salen a trabajar sin sus bebés, únicamente laboran por horas entonces la práctica de lactancia materna no se ve afectada.

“A mi igual, como solo trabajo por horas” (Madre área rural)

Las madres mencionan que una de las estrategias para continuar con la lactancia materna cuando regresan a su trabajo, es ampliar el espacio entre cada toma lo que puede afectar la salud o nutrición de sus hijos, e interfiere con la práctica sobre el brindar pecho a libre demanda.

“Bueno no afectar pero uno les deja dado pecho y se va a trabajar, pero está con la pena de regresar” (Madre área rural).

Un tema que las madres mencionaron con respecto al trabajo es la oportunidad que ellas tienen de trabajar no importando el tipo de trabajo ni el horario, sobre todo en el área rural en donde la mujer aún es muy dependiente del esposo.

“Porque gasto tenemos, pero nosotros al menos trabajamos, hay muchas mujeres que no les permiten los esposos salir” (Madre área rural)

Sin embargo mencionaron que aunque el trabajo para ellas les hace contribuir con los gastos y no ser tan dependiente del esposo, siempre anteponen el trabajo al cuidado de sus hijos, por lo que el trabajo deja de ser importante con respecto a brindar lactancia materna.

“Si, yo por la lactancia que tengo con ella, no quiero un trabajo con horarios muy estrictos, hasta que ella lo deje” (Madre área rural).

En las madres del área rural mencionaron que no importando la remuneración del trabajo, aunque les ofrecieran un mejor salario y su condición de vida mejorará, las madres en su totalidad se negarían a aceptar un trabajo si esto implicaba dejar a sus hijos y no poder brindarles lactancia materna.

“Por eso yo no me arrepiento de estar con ella, quizá pudiera tener un mejor trabajo pero no, porque yo quiero estar con mis hijas en ese momento no las quiero dejar” (Madre área rural).

En el caso del área urbana el trabajo si fue un factor que interfirió en que las madres brindaran lactancia materna exclusiva.

“Si hubiera sido solo pecho si, por que a cada 4 horas le daba por los primeros seis meses” (Madre área urbana).

El tiempo que duró la lactancia materna exclusiva se vio influenciado en la mayoría de los casos por el tiempo de reposo permitido en su trabajo, el tiempo que las madres permanecieron en casa si les brindaron lactancia materna exclusiva, por lo que en la totalidad mencionaron que brindaron lactancia materna mixta.

“Con el primero una semana, con el chiquito tres semanas” (Madre área urbana).
“Bueno pues yo como soy maestra solo trabajo medio día, entonces no le afectó tanto a los bebés, pero de lo contrario más o menos como se va acomodando el horario de los chicos, porque yo los acostumbé también con pecho y pacha por el mismo factor del trabajo” (Madre área urbana).

Por lo que el trabajo para ellas no es un factor que afecte el dar lactancia materna porque ellas mencionaban que si la daban, pero no exclusiva y no con la misma frecuencia que una madre que esta todo el día con su bebé.

“Tal vez no con la misma frecuencia como las que estén en casa, que dicen que a cada dos o tres horas. Pero si se les da, en mi trabajo incluso le dan a uno los diez meses de lactancia que es la ley, entonces le dan a uno una hora, uno mira como la toma si media en la tarde o en la mañana como uno quiera” (Madre área urbana).

Únicamente una madre mencionó que en su trabajo le permitieron tener a su bebé con ella, por lo que la lactancia materna exclusiva si pudo mantenerla hasta los 6 meses y lactancia predominante hasta el año.

“Pero la dificultad es que aunque uno lo tenga allí también tiene que trabajar, entonces no le puede dar uno a cualquier hora. Pero si le pude dar un año de lactancia, hasta el año entonces empezaron a tomar otra leche” (Madre área urbana).

En el área rural un factor que influenció en la práctica de lactancia materna fue el lugar en donde nació el bebé, al igual que para el área urbana debido a que las

madres que argumentaron que sus bebés nacieron en un hospital público y parto vaginal brindaron lactancia desde el inicio.

“Si, en el hospital, igual le di pecho desde que nació” (Madre área rural).

“Viera que yo la tuve en el hospital general, pero viera que estuve tomando bastante té, porque allí en el hospital no permiten la pacha” (Madre área urbana).

“Bueno pues yo he visto, esto más lo he visto en el IGSS que acostumbran a sacarse con tira leche, si sus bebés no están con ellas” (Madre área urbana).

Esta práctica se diferencia de las madres que tuvieron a sus bebés en un hospital privado, donde según ellas mismas dijeron les dieron fórmula sin que ellas dijeran nada, la mayoría mencionó que al regresar a casa tuvieron más dificultad en la producción rápida de leche para sus bebés, y esto no permitió que la madre brindara el calostro

“Yo tengo dos niños uno de 6 y el que está aquí de casi 2, en el caso del primero, bueno los dos nacieron en hospital privado, en el caso del primero, bueno no sé si todos los hospitales privados funcionen así, pero a mí me hicieron la cesárea al niño me lo entregaron casi 72 horas después. De hecho cuando ingresé me pidieron pacha y todo cosa que en los hospitales generales hasta donde tengo entendido no es así, porque allí al contrario no piden pacha si es parto normal de una vez se lo dejan a la mamá, pero allí no, se llevaron al bebé la pacha y todo, casi al día y medio me lo dieron, allí le estuvieron dando fórmula y todo casi tres días”. (Madre área urbana).

b) Factores relacionales

- Consejos recibidos

Entre los factores relacionales de la madre del área rural que influyen en la lactancia materna se encuentran los consejos recibidos, entre los más comunes mencionados por la madre se encuentran los relacionados al tiempo y horario en que debe darse la

lactancia materna para evitar según los mismos consejos que él bebé se acostumbre a mamar mucho. También al período de tiempo recomendado entre una toma y otra.

“Que era importante tomarle el tiempo, porque después se acostumbran”

(Madre área rural).

“Que no pase cuatro horas, antes de cuatro horas por decirle pueden dejar de mamar cuatro horas, pero no más” (Madre área rural).

Algunos consejos también se enfocaron en cómo debería ser la forma de dar pecho con respecto a las técnicas utilizadas.

“Que en forma de tijera no, porque le cortábamos la leche” (Madre área rural).

También técnicas utilizadas de forma común por otras madres y que son conocidos como golpes en las espaldas o “calentarles la espalda” con alguna planta medicinal.

“Que hay que darles pecho y luego somatarles la espaldita para que salga el aire”

(Madre área rural).

El tipo de consejo que más se repitió entre las madres del área rural fue sobre la priorización de lactancia materna sobre la toma de fórmula.

“A darle pecho, mas eso nos recomendaron, a darle pecho, porque más nos recomendaron a darle pecho, no le vayan a estar dando pacha” (Madre área rural).

También consejos relacionados con la economía que genera el dar pecho sobre el dar fórmula, algunas madres mencionaron que les decían que era más barato.

“Pues aparte de eso que no iba a gastar mucho” (Madre área rural).

Algo que fue predominante en los consejos y que se repitió fue el relacionado con la afectividad que el estar con sus bebés en esta etapa podría generar anteponiendo esto al trabajo que ellas desempeñan.

“Siempre que vaya a un trabajo pida que la acepten con sus niños, y yo digo que sí es lo más importante que uno de madre esté con ellos” (Madre área rural).

Otros consejos que las madres argumentaron que no siguieron incluyó el utilizar la lactancia materna como método de planificación familiar.

“Yo el único que no seguí fue el que el método de mamá no deja que uno quede embarazada, como dicen que si uno da los 6 meses eso le funciona, pero ese fue el que no seguí” (Madre área rural).

En el caso de los consejos recibidos por las madres del área urbana los más destacados hacían referencia al aspecto nutricional de la leche materna y el beneficio de ésta para el bebé.

“Que la leche era lo mejor para él bebé” (Madre área urbana).

Y en el caso de la mayoría de las madres los tipos de consejos que más recibían y recordaban tenían relación con el cuidado que ellas deben de tomar los días posteriores al parto, mismos que ayudan a garantizar el tener leche suficiente para las necesidades del bebé.

“Sobre todo los consejos que le dan a uno, de cuidarse de no tomar esto, de no resfriarse” (Madre área urbana).

Otra recomendación es el uso de las denominadas tradicionalmente “agüitas” o “zacates naturales” para mejorar la cantidad y calidad de la leche materna.

“Sí que tomara atoles y zacates, tomé pero me salía muy poco” “Si tómesese Salvia santa, tómesese Ixbut” (Madre área urbana).

Por último, uno de los consejos que las madres refirieron que no siguieron y que, incluso no haciéndolo, su experiencia fue buena hace referencia a no tener restricciones en la alimentación de ellas mismas durante este período.

“Lo que no hice fue el de evitar alimentos, que siempre dicen que no coma aguacate que no sé qué, eso si no hice para nada. (Madre área urbana).

“No, de los alimentos no, porque dicen que a los 40 días uno no debe tomar esto por la leche, que no sé qué pero yo no” (Madre área urbana).

- **Personas de influencia**

En el área rural, las personas que influyen en la toma de decisiones que realizan las madres con respecto a aspectos relacionados con lactancia materna en la mayoría de los casos son familiares cercanos, especialmente la suegra. Fueron pocos casos en donde mencionaron al pediatra o personal de salud, como enfermeras.

“Yo mi mamá”, “En mi caso mis hermanas” (Madre área rural).

“A mi suegra le preguntaba cómo ponérmelo” (Madre área rural).

“El pediatra”, “en el puesto de salud” (Madre área rural).

La forma en que ellos influían según la mención de las madres era en charlas recibidas o por medio de consejos.

“Pues, que cuando uno llega al puesto le han dado charlas así” (Madre del área rural).

En el caso de las madres del área urbana, al igual que con las madres del área rural, las personas que más influyen en ellas son de su familiar principalmente, madres, suegras y abuelas.

“En ese tiempo mis abuelitas, yo tuve a los nenes en la costa y querían que tomara chocolate, y atoles y con calor” (Madre área urbana).

“En mi caso mi suegra, solo ella está conmigo apoyándome” (Madre área urbana).

Las madres del área urbana si mencionaron con más frecuencia que unas de las personas de más influencia eran el pediatra o personal de salud con respecto a las recomendaciones de lactancia materna.

“Bueno según dicen los médicos hasta los 6 meses” (Madre área urbana).

“Pues yo gracias a Dios si lo llevó a sus consultas al Centro de Salud y allí me dicen que tengo que hacer” (Madre área urbana).

- Redes de apoyo

Con respecto a este factor, en las madres del área rural el apoyo que ellas reciben es fundamental para poder llevar a cabo una lactancia materna exitosa, las personas que apoyan a las madres pueden en determinado momento ser personas claves a las cuales se les puede tomar en cuenta para brindar educación nutricional, principalmente dichas personas fueron familiares cercanos como la suegra, madre, hermanas o cuñadas.

“Mi suegra, mi mamá, mis cuñadas” (Madre área rural).

“Mi mamá y mi suegra” (Madre área rural).

Además refieren que el principal apoyo recibido estaba relacionado al cuidado de sus hijos mayores y a la realización de actividades que las madres cotidianamente, como los oficios domésticos, para que tuvieran el tiempo de brindar el pecho a sus bebés.

“Pues cocinaba, limpiaba yo en cama y dando pecho” (Madre área rural).

En el caso del área urbana el apoyo más importante se limita básicamente de la madre llevándolo a cabo cuidando a los hijos mayores y preparando ciertas bebidas que le permiten lograr tener una mejor producción de leche.

“Yo con el chiquito, con el grande mi mamá” (Madre área urbana).

“Si tomé varias cosas y estuvo mi mamá ayudando a prepararlas” (Madre área urbana).

Otras personas de apoyo incluyeron a los esposos, este apoyo incluye la realización de algunas labores en el hogar pero también se visualiza como la compra de fórmulas que sustituyen la lactancia materna que perciben les toma menos tiempo de preparar.

“Yo considero que mi esposo me consintió mucho, por que como se me reventaban los pezones y pues no le daba pecho si no pacha y así se me fue yendo la leche” (Madre área urbana).

“Mi esposo, mi mamá, mi suegra, pero más mi esposo, porque el lavo el trapeó el todo” (Madre área urbana).

Una madre mencionó que recibió apoyo de su jefe en el trabajo para dejarla tener a su bebé con ella y poder amamantarlo.

“En mi caso no, porque a mí me dieron permiso de tener a mi bebé en el trabajo, entonces le di un año, a cada uno un año de lactancia completa” (Madre área urbana).

También algo interesante que se mencionó fueron las personas no cercanas que influían de forma negativa haciendo en que las madres se sintieran incómodas en brindar pecho a sus bebés en público.

“Aunque hay mucho prejuicio de dar lactancia en público, entonces siempre se tiene que cuidar, así como hay gente que lo apoya hay gente que lo critica, como está dando de mamar mejor debería de quedarse en su casa” (Madre área urbana).

b) Factores individuales

- Conocimientos sobre lactancia materna

De acuerdo con madres en el área rural el concepto de lactancia materna se relaciona con las características nutricionales o que es el mejor alimento para el bebé.

“Es el alimento adecuado para un bebé” (Madre área rural).

“Porque tiene muchas vitaminas, que la leche en polvo no la va a tener” (Madre área rural).

También el conocimiento que tienen en la preparación de una fórmula influye en sus decisiones de amamantar, ya que para ellas corren riesgo de enfermedad para el bebé si ésta es mal preparada.

“Que no es como la leche de bote que si no se deshace bien quedan, quedan los grumitos” (Madre del área urbana).

Algunas madres también hacían referencia al tiempo adecuado que debe durar la lactancia materna, el cual en la mayoría de los casos no correspondía al tiempo ideal, ya que mencionaban que era por menos tiempo del recomendado que es hasta los dos años.

“Unos dicen a los 9 meses” (Madre área rural).

Otro conocimiento que las madres argumentaron hacía referencia a las barreras que una mujer puede encontrar para brindar pecho como por ejemplo el padecer una patología específica que contraindique dicha práctica como mencionaron.

“Pues las enfermedades, yo he escuchado que la de transmisión sexual, aunque la madre quisiera dar no puede” (Madre área rural).

En el caso de las madres urbanas, la mayoría de los conocimientos que poseen sobre lactancia materna se centran en los beneficios que trae al bebé ayudándolo a prevenir enfermedades como mencionaron.

“Bueno que es muy importante principalmente para las defensas del niño, lo ayuda con su digestión” (Madre área urbana).

“Pues prácticamente lo mismo, que en el sistema inmunológico los ayuda a las defensas a nutrirse, que es bueno” (Madre área urbana).

Otro aspecto que mencionaron con respecto a los conocimientos fue que después de algún tiempo la leche materna deja de tener el mismo valor nutritivo.

*“Pero ya darles de 6 meses o 7 meses ya no es alimento”
(Madre área urbana).*

Un conocimiento que las madres mencionaron, hace referencia a que muchas de ellas deben tener una adecuada alimentación para poder brindarles a sus bebés una leche que tenga mejores beneficios en la salud del bebé.

“Si con el pecho, la cosa es que uno se nutra también, que coma uno lo necesario y así evita que se enferme más” (Madre área urbana).

- Creencias

Entre las creencias que tienen las madres del área rural se encontró la que hace referencia a las razones por las cuales una mujer no da pecho, como por ejemplo que la madre padezca de una enfermedad crónica, siendo la más mencionada la diabetes, con lo cual la mayoría de las madres coincidieron.

“Estar enfermo ya así, de una enfermedad grave como diabetes digo yo eso tal vez impide también dar pecho” (Madre área rural).

Otro aspecto con respecto a las creencias que las madres tiene hace referencia a prácticas que se tienen para que baje la leche tales como son los cuidados después del parto como por ejemplo el bañarse con agua caliente.

“Yo me bañe con agua bien caliente, eso hizo que me bajara la leche rápido” (Madre área rural).

Se identificó que las creencias que las madres del área urbana poseen sobre la lactancia materna hacen referencia en particular a los beneficios que la leche materna tiene sobre el estado general del bebé, como las ventajas que tienen en la ganancia de peso, o el evitar que padezcan una malnutrición, se sabe que estas ventajas son reales pero las madres lo toman como una creencia y no como un conocimiento real.

“Bueno yo he escuchado no sé si sea realidad o mito, dice que les ayuda a los bebés a mantener el peso óptimo, porque hay no tienen problemas de sobrepeso o que se mal nutra” (Madre área urbana).

“Adquieren más peso realmente, se ven mejor” (Madre área urbana).

Otra creencia que las madres del área urbana tienen acerca de la leche materna es aquella acerca de las cualidades curativas que ésta puede llegar a tener por ejemplo con la infección del oído.

“Si y es que la leche sirve para muchas cosas, si le duele el oído hay que echarle la leche, bueno yo porque creo en eso me funciona” (Madre área urbana).

- **Experiencia previas**

Las experiencias previas pueden determinar la conducta que las madres tengan con sus actuales hijos, las experiencias que más mencionaron las mamás con respecto a esto es que mostraban muchas más seguridad que con el primer hijo, la seguridad de ellas en la toma de decisiones con respecto a la lactancia de sus hijos aumentó, del mismo modo algunas madres mencionaron que adquirieron experiencia cuidando a sus sobrinos.

“Con el primer bebé uno es muy inexperto, (inexperto) ya con la segunda ya sé que hacer, tuve la experiencia con la primera” (Madre del área rural).

“No, yo al menos miraba con mis sobrinos que era lo mejor” (Madre del área rural).

Las técnicas utilizadas para brindar lactancia materna también se deben en algunas madres a la previa experiencia con sus otros hijos.

“Ella pone el taponcito de la pacha así en el pecho, porque la nena no quería agarrar, entonces se pone la punta el mamón de la pacha y así jala ella” (Madre del área rural).

Las madres también argumentaron que al tener experiencias previas donde brindaron lactancia materna y sus hijos padecieron menos enfermedades, motivo a brindarla a sus siguientes hijos.

“Solo pecho, y como yo con mi otra nena vi que me fue bien, creció bien y no se enfermó, entonces igual ella, igual ella no me ha recibido la leche, créame que todavía tiene el bote y no lo toma” (Madre área rural).

En el área urbana las experiencias que más fueron mencionadas fueron las que indicaban que no brindaron pecho con el primer hijo por lo cual sus esfuerzos para que el bebé actual mamara fueron mayores debido a la experiencia con el niño anterior.

“Yo con mi primera hija ella no mamó porque no le gustó, no le gustó, pero con el si yo me esforcé le tuve más paciencia” (Madre área urbana).

Por otro lado las experiencias que les contaban o veían en otras madres las hacia a ellas tomar la decisión de no brindar pecho, tal como fue el caso de una mamá que por la experiencia de una prima que tuvo flacidez en los pechos al brindar lactancia materna, también decidió no darle pecho a su bebé.

“Por qué también una mi prima que la flacidez en los pechos por dar de mamar entonces yo no quise” (Madre área urbana).

También una experiencia mencionada tenía que ver con la forma de nacimiento de sus hijos anteriores con respecto al actual bebé, y que tuvieron repercusión sobre la lactancia materna, por ejemplo ellas argumentaron que es diferente la experiencia cuando es por cesárea a cuando es parto normal.

“Con el primer nene fue parto normal pero espontáneamente vino la leche rápido, con los últimos dos que fue cesárea costó, rezando para que viniera la leche, pero si con parto normal como es un proceso espontáneo del cuerpo siento que todo se da así, yo no vi que hubiera problema no se si todas pasan lo mismo, pero para mí fue fácil, en cambio con cesárea es complicado” (Madre área urbana).

Otra experiencia importante que mencionaron al igual que las madres del área rural fue el que tiene que ver con los beneficios de la leche en la salud de los bebés, los bebés que recibieron leche materna se enfermaron menos que los niños que no recibieron.

“Si por lo menos el grande se enferma mucho de los bronquios” (Madre área urbana).

- Miedos e inseguridades

Los miedos e inseguridades que las madres en el área rural mencionaron más frecuentemente se debe al tiempo de no tener bebés, piensan que si dejan pasar mucho tiempo entre un bebé y otro pierden práctica y olvidan todo acerca de cómo cuidarlo entre estas cosas la forma de dar pecho y la seguridad que ellas puedan presentar en este tiempo:

“Yo más o menos, por que deje 6 años entre uno y otro, es como si volviera a tener un bebé por primera vez” (Madre área rural).

Otro miedo con respecto a la lactancia materna es si los bebés aceptaran el pecho o no, el cual fue mencionado en varias ocasiones, lo cual puede influir en dicha práctica.

“No aceptan el pecho” (Madre área rural).

Una inseguridad que se identificó en estas madres es la relacionada con el trabajo y la lactancia materna aunque muchas como se comentó anteriormente trabajan por horas, el hecho de dejar a sus bebés sin alimento durante ese tiempo crea en ellas cierto grado de inseguridad.

“Bueno no afectar pero uno les deja dado pecho y se va a trabajar, pero esta con la pena de regresar” (Madre área rural).

Algo que mencionaron es que algunas madres tienen miedo a brindar lactancia materna, que utilizan excusas como que no tienen suficiente leche.

“Dicen que no tienen leche” (Madre área rural).

“Pero es porque no quieren dar pecho, si tienen bastante leche, solo es porque no quieren dar por miedo o saber” (Madre área rural).

En el área urbana los miedos e inseguridades identificadas son diferentes a las presentadas con las madres del área rural por ejemplo uno de los más mencionados por las madres se refiere a la cantidad de leche que las madres puedan brindarle al bebé, el que los niños no se “llenaran” que motivaba el uso de fórmulas, y por lo tanto, interrumpía la práctica de lactancia materna exclusiva.

“No me bajaba mucho, entonces él no se sostenía con el poquito, entonces tuve que comprar leche y a escondidas del doctor le daba” (Madre área urbana).

Otro miedo que las madres mencionaron hacía referencia a la imagen física que las madres perciben que tendrán si brindan pecho, lo cual resulta siendo un miedo y una razón para no brindarlo.

“Pero también hay mujeres que yo he conocido que no les dan simplemente por el hecho que se descomponen, que se aguan los pechos que se deforman algo así, pero se supone que entonces para qué es una mamá” (Madre del área urbana).

Otra inseguridad que afecta a las madres es el brindar pecho en público, aunque es algo natural, ellas se sienten a veces discriminadas por realizarlo y prefieren no hacerlo.

“Aunque hay mucho prejuicio de dar lactancia en público, entonces siempre es tiene que cuidar, así como hay gente que lo apoya hay gente que lo critica, como está dando de mamar mejor debería de quedarse en su casa” (Madre área urbana).

- Motivaciones

La motivación que más se encontró en las madres del área rural fue el amor que ellas manifestaban por su bebés, más que estar motivadas por el aspecto nutricional o lo importante de brindar leche materna para que sus bebés crecieran de la mejor manera, ellas las motivaba el hecho de sentir que el dar pecho demuestra el cariño que le tienen a sus hijos, esa fue la razón principal por las que ellas procuraron el dar pecho a sus hijos.

“Si no tenía leche, no le iba a dar pecho a mi nena, eso es no quererla” (Madre área rural).

Otra motivación encontrada sobre todo en las madres primerizas era el hecho de ser “mamá” el tener este título las motivaba a realizar todo lo que está establecido que una madre tiene que realizar entre lo que se incluía dar pecho a sus bebés.

“Porque somos mamás” (Madre área rural).

“A mí también, yo al sanatorio la fui a parar, el de aquí de la esperanza, y lo mismo inyecciones antibiótico tomado pero no le quite el pecho, lo que si hacía era tomar bastante agua” (Madre área rural).

También algunas madres mencionaron que el hecho de darles pecho a sus bebés y verlos que crecían bien las motivaba a continuar con la lactancia materna.

“Para mí fue felicidad, ella no se miraba que era pequeña no parecía de 3 meses, yo feliz porque ella a cualquier hora que me pidiera de mamar yo le daba” (Madre área rural).

En el aspecto afectivo y en el caso de las madres con niños más grandes se identificó que a ellas las motiva el hecho que él bebé les pidiera el pecho por lo cual prolongan la lactancia materna.

“Porque ellas son muy cariñosas, cuando piden su pechito o sea esa ternura me gusta por eso le sigo dando” (Madre área rural).

Con respecto a este factor en las madres del área urbana, encontramos que una de las razones por las que las madres brindaban pecho era para evitar que sus bebés se enfermaran.

“Es que es mejor dar pecho se enferman menos, adquieren bastantes defensas” (Madre área urbana).

La motivación más común mencionada era la comodidad que les proporcionaba el brindar pecho sobre la pacha, ya que era más cómodo y práctico que el hecho de cargar leche, agua y pachas.

“A mi si me encantó darle de mamar, es mejor que no estar cargando”, “Si incluso en la noche, se despierta uno y si, a mi si me encanto” (Madre área urbana).

10.4.1 Factores que influyen en las prácticas de alimentación complementaria

a) Factores materiales

- Costo de la Alimentación complementaria

Uno de los factores encontrados en el grupo de madres del área rural fue el costo de la comida para sus hijos, haciendo referencia a que si afectaría si fuera un gasto diario de algún alimento costoso.

“Si fuera diario así como el caso de ella que le da compota y la nena le recibe si fuera diario ya sería un gasto que uno siente” (Madre área rural).

Otro factor referente al costo de la alimentación que las madres mencionaron fue el relacionado con el trabajo lo que generaba los medios económicos para brindarles a sus hijos una buena alimentación.

“Al menos con nosotros siempre ha habido porque si no tenemos ya sabemos que nos viene el mes, prestamos, aunque sea fiado pero sé que me van a pagar nunca las he dejado sin comida” (Madre área rural).

También se encontró que los mismos alimentos que las madres compran para toda la familia son los que proporcionan a sus bebés, por lo que no es necesario un gasto más, del mismo modo hicieron referencia a la cantidad ya que mencionaban que los bebés en este tiempo no comen mucho por lo que no afecta lo económico en gran medida.

“No porque digamos que uno compra sus verduritas y es lo mismo”, comen lo mismo que compramos para nosotros” (Madre del área rural).

Este factor no fue mencionado por las madres del área urbana, por lo cual no es tomado como influyente en la práctica de alimentación complementaria.

- Trabajo

Con respecto al trabajo la totalidad de las madres participantes del área rural concluyó que no era un factor que les complicara la alimentación de sus bebés, ya

que por la flexibilidad de horario ellas son las que deciden que alimento dar, las que brindan la alimentación a sus hijos y las que los preparan.

“No porque estamos a la hora, al venir le hago su desayuno y me da tiempo para irle hacer su almuerzo”, “En mi caso no, porque mi trabajo yo misma dispongo del tiempo, en cualquier momento vengo me siento con ellos” (Madre área rural).

Una madre mencionó que trabaja con su bebé fuera de casa todo el día, por lo que come con él pero no le prepara sus alimentos, de esta forma no se puede controlar la higiene de los alimentos que consume.

“Yo donde como allí también él” (Madre área rural).

En el caso de las madres del área urbana se puede identificar que el trabajo si fue un factor limitante para la alimentación de los bebés, ya que la mayoría de las madres no están presentes en el almuerzo de sus niños.

“No porque por ejemplo el chiquito desayuna conmigo, y almuerza aquí, entonces cuando yo paso tipo 1 o 1:30 él ya va almorzado, entonces ya solo refacciona conmigo y cena conmigo”(Madre área urbana).

Una madre mencionó que por el horario laboral se le hacía difícil tanto estar con su bebé como prepararle los alimentos.

“El tiempo, si uno tiene que estar fuera de casa es un poco difícil” (Madre área urbana).

Una madre también mencionó que ella al tener la ventaja de llevar a su bebé al trabajo, cuando empezó a comer le llevaba su alimentación preparada por ella misma por lo que tampoco el trabajo fue una limitante.

“Yo llevaba preparado todo, llevaba mi almuerzo y el de mi bebé, y cuando yo comía le daba” (Madre área urbana).

b) Factores relacionales

- Consejos

Con respecto a las madres del área rural, los consejos recibidos son aceptados por y realizados, en el caso de la alimentación los consejos más recibidos hacían referencia a la consistencia del alimento que deben darle al bebé, como debe ser y como no debe ser.

“Lo primero que le recomiendan a uno son papillas” (Madre área rural).

“Pero que fueran cositas no muy pesadas” (Madre área Rural).

Otro consejo recibido por varias madres fue el relacionado con la higiene que se debe tener con respecto a los alimentos que se le brindan al bebé.

“Lo mejor higiénico para ellos también lavar bien todo” (Madre área rural).

Otros consejos recibidos fueron los relacionados con ciertas prácticas que las madres deberían de hacer para evitar complicaciones en la salud de los niños al iniciar la alimentación.

“Porque lo que me dijeron que le diera era una cucharadita de aceite de oliva una vez a la semana y eso le hago y no se enferma” (Madre área rural).

“Entonces mi mamá me dijo que había que darle su caldito” (Madre área rural).

El número de tiempos de comida que se debe dar al bebé también se encontró entre los consejos repetidos por varias madres.

“Nos han dicho que solo dos tiempos, desayuno y almuerzo” (Madre área rural).

“Me han recomendado los tres tiempos solo que la cena un panito para que no sea muy pesado el estómago, o se enfermen” (Madre área rural).

Otro consejo recibido hace referencia al tiempo que la madre debe estar con el bebé y que es necesario que ellas se lleven a sus bebés al trabajo, para lo cual varias madres mencionaron que si les habían aconsejado un trabajo donde pudieran llevar a sus bebés.

“Si, dice cómo se va atrever a dejarlo, se va morir de hambre, igual tampoco lo iba a dejar” (Madre área rural).

Con las madres del área urbana, no se registraron muchos consejos recibidos con respecto a la alimentación de su bebé. El único consejo que ellas argumentaron y el cual se repitió en varias ocasiones hacía referencia a la cantidad que debían brindarle.

“Por que como yo con ella vivo, entonces más que todo, ella es, y así que no le des mucho que tantadito” (Madre área urbana).

También un consejo que mencionó una madre fue el relacionado con la variedad de la alimentación que debía darle a su hijo. Y un consejo recibido por el pediatra con respecto al café que una madre tenía muy presente.

“Que le enseñara a comer de todo” (Madre área urbana).

“Las mamás no sabían que eso era malo hasta que el doctor me dijo que el café evita que absorba el cuerpo del niño el cinc y el cinc sirve para crecer, entonces había una explicación del por qué no, entonces dice uno ya no le voy a dar café” (Madre del área urbana).

- Personas de influencia

Con respecto a las personas que más influencia tienen en las madres del área rural, y que influyen en la toma de decisiones con la alimentación de sus bebés, la más mencionada fue la suegra.

“Bueno mi suegra, pero ella decía que a los 3 meses por que igual a esa edad empezó a dar ella también” “No fui yo, fue mi suegra, fuimos a Campero (Restaurante) y le dio una papa con sal” (Madre área rural).

También se mencionó en varias ocasiones al personal del Centro de Salud quienes les informaban sobre la alimentación de sus bebés, esto influía en las decisiones que ellas tomaban, al respecto, en este grupo únicamente una mujer mencionó a su madre como fuente de información.

“Siempre dan charlas cuando uno va, por ejemplo conmigo llegaron y me enseñaron a hacer la papilla, unas señoritas que acaban de llegar al centro de salud, ellas me dijeron como debe ser” (Madres área rural).

“Yo porque mi mamá me dijo que ya a los 4 meses ella le dio a probar entonces ya empecé” (Madre área rural).

En el caso del área urbana, se encontró que la principal persona que influye en estas madres son los pediatras.

“También le pregunte al pediatra, él era el que me informaba, él pediatra igual solo consultarle si era posible darle otros alimentos” (Madre área urbana).

Algo que se encontró en este grupo es que las madres buscaban información por su cuenta siendo el internet, una de las herramientas que utilizaban para buscar información y que influía en sus decisiones.

“Si, bueno yo busqué información en internet “(Madre área urbana)

“Más que todo averiguando y en internet, yo me metí a una página donde informaban cada paso que daba el bebé” (Madre área urbana).

También se debe mencionar que en este grupo las madres (abuelas) no son una influencia para ellas.

“Porque mi mamá por ejemplo era de la costumbre de dar lo primero era huevo, y cuando yo busque decía no le de huevo es lo último, y mi mamá decía panito bien desecho con cafecito, déselo y decía el doctor no no se lo dé, y para mi mamá decía como no le da usted el café tan mala” (Madre área urbana).

“Entonces me decía mi mamá dale, y yo ¡ay! no está muy pequeño no dale decía, pero no le di” (Madre área urbana).

- Redes de apoyo

En el grupo de madres del área rural las personas que más las apoyaban era la familia este era comúnmente con respecto a la preparación de la comida, siendo madres y hermanas las más mencionadas.

“No, porque siempre me ayudaban, mis hermanas” (Madre área rural).

“Mi mamá me apoyaba en cocinar” (Madre del área rural).

Otra madre mencionó que su esposo era el que daba la comida a su hija.

“Porque ella más come con su papá, desayuna y almuerza con su papá, él le da” (Madre área rural).

En el caso del área urbana las madres no recibieron tanto apoyo como las madres del área rural, únicamente pocas madres hicieron referencia a su mamá y hermanas.

“Pues mi mamá a veces” “mis hermanas me ayudaban a preparar” (Madre área urbana).

“Nadie, es que yo no soy de acá, entonces solita, sola y por mis medios y a contratar a alguien” (Madre área urbana).

c) Factores individuales

- Conocimientos sobre alimentación complementaria.

Los conocimientos que las madres mencionaron sobre la alimentación de sus bebés en el área rural se relacionaba con el por qué no deben brindar alimentación antes de los seis meses, dos madres hicieron referencia a la inmadurez del organismo de los niños.

“Porque sus órganos no están capacitados para recibir otra cosa” (Madre área rural).

Los conocimientos que las madres del área rural poseen sobre este tema son pocos, la mayoría de las madres mencionó sobre la consistencia idónea para empezarle a dar a los bebés, siendo la papilla la más mencionada.

“Papillas” (Madre área rural).

Otro conocimiento del cual las madres hicieron referencia y el cual es importante era el tipo de alimento con el cual debían empezar la alimentación siendo este variado.

“Zanahoria, banano” (Madre área rural).

“De güisquillito cocido, güicoyito” “yo le di papitas y zanahoria” (Madres área rural).

Los conocimientos que más tenían las madres del área urbana sobre la alimentación de sus bebés, fueron el tiempo en que deben iniciarse la alimentación, algunas mencionaron que a los seis meses, otras mencionaron que iniciaban a los cuatro meses y otras en forma más tardía a los nueve meses.

“A los 6” (Madre área urbana).

“Yo sé que a los 4 meses, a esa edad empecé yo” (Madre área urbana).

Las madres no mencionaron tener muchos conocimientos sobre esta etapa, ya que a parte del tiempo en que debe iniciarse la alimentación, únicamente mencionaron los alimentos y la preparación como ellas conocían que debería al inicio.

“Yo empecé con verduras, zanahoria, güisquil cocido” (Madre área urbana).

Otra madre mencionó que la preparación en que se debe realizar debe ser cocida y mezclada con leche materna.

“Igual con verduras, arroz molido hervido sin nada solo se revuelve con una verdura y leche materna” (Madre área urbana).

- Creencias

Con respecto a las creencias encontradas en las madres del área rural mencionaba los alimentos que pueden ser beneficiosos para la digestión de sus bebés.

“Porque yo no sé si es creencia de mi mamá o no sé, pero estoy acostumbrada a darle su caldito, después para que le baje todo, como tiene grasita, entonces yo estoy acostumbrada a darle su caldito después de la comida” (Madre área rural).

Otra creencia es la relacionada con la continuidad de la alimentación, las madres argumentaban que ellas creían que si se les daba a probar algún tipo de alimento tenía que continuar dándoles la alimentación aunque no fuera el tiempo.

“Porque yo he escuchado que media vez se les da y después ya no, se empachan y después ya no reciben” (Madre área rural).

Una creencia encontrada en este grupo tenía relación a la compañía que los niños tienen que tener para recibir los alimentos.

*“Si a veces los niños se enferman pero no es en si la comida, es porque están solos”
(Madre área rural).*

En el caso del área urbana la única creencia identificada fue la relacionada con lo que les podía pasar a sus bebés si iniciaban la alimentación, la mayoría coincidió con la idea de que los bebés al inicio de la alimentación se enfermaban y eso era una limitante para adelantar o retrasar esta etapa.

“No porque yo pensaba que iban a vomitar, que se iban a enfermar” (Madre área urbana).

- Experiencias previas

Con respecto a las experiencias previas se identificó que muchas prácticas de las madres del área rural, se ven afectadas por las experiencias que tuvieron con sus hijos anteriores o en el caso de algunos sobrinos. Una de las experiencias que menciono la mayoría de las madres fue el tiempo en que iniciaron la alimentación comparando los resultados obtenida entre uno y otro hijo.

“Con mi nena a los 3 meses le di de comer, pero ella si se me enfermó mucho del estómago” (Madre área rural).

Durante la entrevista las madres también mencionaron que el temor que siente sobre el alimento que deben darles a sus bebés, cambia con la experiencia obtenida después del primogénito.

“Bueno con el primero siempre tiene uno temor, porque no tiene esa experiencia de haber experimentado con alguien más, será que será que esto siempre esta uno con

la duda si le va caer bien o no, ya cuando uno tiene a sus hijos va generando experiencia” (Madre del área rural).

Algo que también marca a las madres después de su segundo hijo es el interés por conocer que se les debe dar y que no, con el primer hijo las madres mencionaron que siguen más consejos y preguntan más sobre lo que deben comer mientras que con el segundo o tercero se basan en la experiencia previa.

“Porque cuando yo tuve mi primera nena, porque cuando uno tiene el primero como que uno anda consultando y viendo las formas de darle de comer, entonces nos decían no denle verduritas porque eso la va ayudar a estimular su organismo” (Madre área rural).

En el caso de las madres del área urbana las experiencias previas fueron determinantes en el tiempo en que iniciaron la alimentación con sus segundos hijos por ejemplo una madre mencionaba que con el primero se atrasó y con el segundo niño le inició la alimentación mucho antes de lo recomendado.

“Yo por ejemplo con el primero me pase por que hasta el 1 año le di, ahora con la segunda a los 3 meses, y ninguno se me enfermó” (Madre del área urbana).

Otro factor que se encontró en este grupo de madres es el que se relaciona con las consecuencias obtenidas por determinada práctica entre un hijo y otro.

“Él si se acostumbró a comer de todo, en cambio el grande si no come de todo, no lo acostumbré, en cambio el sí, con el grande si, por eso fue que no se acostumbró a comer de todo, porque sentía que le haría mal, ahora con el chiquito no” (Madre del área urbana).

- Miedos e inseguridades

Con respecto a las madres del área rural uno de los miedos identificados era el relacionado con el tipo de alimentos que se les brindaría y las consecuencias que podría traer el darle a sus hijos un alimento no adecuado

*“Porque son bebés, darles algo grande se pueden ahogar o darles infección”
(Madre área rural).*

También el miedo con respecto al inicio de la alimentación ya sea porque el bebé sufriera una enfermedad o por miedo a las advertencias de personas cercanas.

“Si le doy antes de los 6 se enferman” (Madre área rural).

“A los 7 meses, Porque mi esposo no quiso, me dijo que si le daba y se enfermaba hay miras que haces” (Madre área rural).

Otro miedo identificado en la totalidad de las madres es el relacionado con el trabajo de tiempo completo y no estar presente en las horas de comida de su bebé, no saber lo que están comiendo, aunque todas las madres están con sus bebés ellas mencionaron esta preocupación.

“Es que imagínese usted, una mamá no deja a su niño uno no sabe cómo ira a estar si le dan comida o no, yo digo que tiempo completo no” “yo tengo que estar para darles sus comidita” (Madre del área rural).

Algo que varias de las mamás mencionaron es que ya no sentían miedo e inseguridades debido a las experiencias previas, no es lo mismo que sienten con el primer bebé, este factor se va modificando dependiendo el número de hijos que ellas tengan.

“Bueno con el primero siempre tiene uno temor, porque no tiene esa experiencia de haber experimentado con alguien más, será que será que esto siempre esta uno con

la duda si le va caer bien o no, ya cuando uno tiene a sus hijos va generando experiencia” (Madre área rural).

En el área urbana al igual que en el área rural, se identificó que los miedos y las inseguridades de las madres iban disminuyendo dependiendo el número de hijos, lo que incluso ellas mencionaban que afecta la alimentación actual del primogénito.

“Con el grande si, por eso fue que no se acostumbró a comer de todo, porque sentía que le haría mal, yo lo sobreprotegía demasiado (haciendo referencia al niño grande) pero yo con el miedo de no darle de todo (Madre área urbana).

Algunas madres mencionaron que a ellas lo que más les producía cierto temor era la higiene de los alimentos, debido a que los niños ya utilizaban otros utensilios para brindarles la alimentación.

*“Incluso cuando le empecé a dar hasta hervía los platos, los vasos, la cucharitas”,
“lavaba bien todo, por miedo a que le diera diarrea” (Madre área urbana).*

- **Motivaciones**

Las motivaciones encontradas en este grupo de madres del área rural, se limitan a dos clases, la primera es cuando empiezan a darles comida a sus bebés, tal decisión es motivada por el mismo bebé al pedirle a su mamá, siendo esta la causa principal por la que inician con la alimentación.

“Yo a mi nena le di a los 4 meses, porque como pedía y me daba lastima y mire nunca se me ha enfermado” (Madre área rural).

“Felicidad, porque ellos ya están experimentando su etapa de comer, y contentos porque cuando uno está comiendo y ellos piden se sienten mal a no darles “(Madre área rural).

“Yo por que la nena vio la sandía y la agarró y empezó solita, y entonces vimos que empezó y dijimos de plano le voy a tener que dar” (Madre área rural).

Y la otra clase de motivación que se encontró en este grupo y la cual fue muy marcada es la relacionada con el amor y afecto a sus bebés, esto es muy importante para estas madres y es la principal razón que las motiva a realizar la práctica de alimentación con sus bebés y a pasar tiempo con ellos.

“El amor de madre, porque no solo el alimento, los hace crecer así fuertes y seguros si no también el estar uno con ellos en cada momento, estar siempre pendiente de ellos, desde el primer momento que comen, que dejan la leche eso es una alegría y una satisfacción” (Madre área rural).

“Por eso yo no me arrepiento de estar con ella quizá pudiera tener un mejor trabajo pero no porque yo quiero estar con mis hijas en ese momento no las quiero dejar” (Madre área rural).

“Si yo pienso que si, por que el cariño es importante con que se da el alimento, no importa que coman si se da con amor” (Madre del área rural).

Este factor tampoco fue de importancia para las madres del área urbana, las cuales no argumentaron nada sobre esto, por lo que se determina que no influye en las prácticas de alimentación complementaria.

XIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos, se analiza lo siguiente:

En relación a las características de las madres trabajadoras participantes, se identificó que el promedio de edad fue para el área urbana y rural entre 25 y 30 años de edad y que la mayoría de las madres viven con su esposo e hijos. También se identificó que en la mayoría de los casos el jefe de familia y el que proporciona el mayor sustento económico es el padre de familia. Con respecto al grado de escolaridad en su mayoría tienen terminada la primaria en ambas áreas, y algunas poseen educación secundaria. Estos datos coinciden con la información diagnóstica de los municipios de Quetzaltenango y La Esperanza publicada por la Secretaria de Planificación (SEGEPLAN). (28)

En relación a los trabajos que desempeñan las mujeres, los mismos van desde roles como el de secretarias, maestras y comerciantes para el área urbana y trabajos menos especializados y remunerados como el de tortillera, bordados de güipil y oficios domésticos para el área rural. Esto difiere parcialmente de lo publicado por la revista local de la Esperanza, Quetzaltenango que nos dice que aunque ambos municipios están clasificados entre los tres más desarrollados en el departamento y que las mujeres tienen más acceso a educación, los trabajos que desempeñan no son del todo bien remunerados. (28)

El tipo de trabajo al que acceden las mujeres también determina el tiempo post parto del que ellas gozan. Llama la atención que en el área rural se realiza menos tiempo de recuperación que en el área urbana, lo cual puede ser debido al tipo de trabajo y al incumplimiento del Código. El promedio de días post parto gozados por madres trabajadoras en el área urbana coincide con los días establecidos en la ley (54 días) y para el caso del área rural el promedio es menor al establecido, con un promedio de 39 días de reposo. (24)

Pasando a las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que reportaron las madres trabajadoras se analiza que en relación al tipo de lactancia brindada por las madres, se encontró que para el área urbana el tipo que más se repetía en menores de 6 meses fue la mixta 22/25 debido al uso combinado de lactancia materna con fórmula, y para el área rural es la exclusiva 14/25. La OMS tiene clasificación con respecto al tipo de lactancia materna siendo esta mixta, predominante y lactancia exclusiva. Según la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) la lactancia natural o exclusiva se ve aumentada en las zonas rurales sobre las zonas urbanas, lo que concuerda con este estudio en este grupo poblacional específicamente. (29)

En relación a la recomendación sobre el apego inmediato a la madre y el brindar pecho no pasando 30 minutos después del parto para ambas áreas se encontró que esta práctica se cumplió en más del 50% de las participantes. De acuerdo con Nielsen, la práctica del apego inmediato se aplica en el área rural del país y según lo evaluado en este estudio un 52% de las madres rurales están apegadas a las recomendaciones de las Guías alimentarias. Cabe destacar que la brecha entre si cumplen y no cumplen no es alta, por lo que se puede decir que casi la mitad de las madres del área rural cumplen con esta recomendación. En contraste las madres del área urbana incumplen esta recomendación en un porcentaje mayor 76%. (12)

Al aplicar la significancia entre las prácticas ideales y el área urbana y rural, se encontró que el lugar de procedencia no influye en la aplicación de las prácticas recomendadas de lactancia materna, por lo que no existe una relación entre el porcentaje de cumplimiento de la práctica de lactancia materna y el área rural y urbana.

Con respecto a las prácticas de alimentación complementaria, se encontró que la edad de inicio de la alimentación complementaria está entre los 5 a 7 meses para ambas áreas, según García, en su estudio sobre prácticas de alimentación complementaria menciona que en un 55% de los casos la alimentación

complementaria se empieza a dar en forma temprana y esto trae deficiencias en el crecimiento. Lo que no concuerda con este estudio, en donde se brinda en un margen de más y menos mes de la recomendada en las Guías. (7)

En relación al alimento con el que se inicia la alimentación complementaria, se encontró que para el área urbana se eligen frecuentemente alimentos como verduras y en especial la zanahoria, situación que difiere del área rural en donde se inicia con caldos de vegetales o carnes. Además se encontró que no se introducen los alimentos en la edad recomendada, sobre todo se reporta la introducción temprana de alimentos como carne, atoles y el café, éste último se da con mayor frecuencia en área rural. Según las recomendaciones del MSPAS se debe iniciar con algún tipo de cereal, incluso nixtamal con leche materna, incluyendo alimentos como carne hasta los 8 meses. Sumado a esto, de acuerdo con la Sociedad Española Pediátrica, la introducción inadecuada de alimentos de acuerdo a su edad puede promover alergias o intolerancias que pueden repercutir en procesos de enfermedad en el niño. Además se ha comprobado que el consumo de café a temprana edad puede influir negativamente en la absorción de nutrientes tales como el cinc. (16),(17),(30)

También se encontró que la consistencia con la que se inicia la alimentación es de tipo papilla, tanto en área rural como urbana, y se va aumentando la consistencia hasta que, al año, se ofrece la consistencia normal del alimento, lo que coincide con lo recomendado en las Guías del MSPAS con respecto al aumento de las consistencias de la alimentación del niño conforme a su edad. (17)

El incumplimiento de las recomendaciones para la alimentación complementaria es alto y mucho mayor, en área urbana, lo que coincide con estudios previos en donde indican que la práctica de introducción de alimentos y alimentación complementaria es más inadecuada en áreas urbanas. (31)

Para el caso de la alimentación complementaria tampoco se encontró una relación entre ésta variable y el área geográfica, lo que nos indica la independencia existente entre dichas prácticas y el área de procedencia de la madre.

Pasando a los factores que determinan las prácticas de lactancia materna en áreas rural y urbana se analizó lo siguiente:

Con respecto a los factores materiales que influyen en las prácticas de lactancia materna exclusiva y el apego inmediato, los aspectos tales como el tipo de parto, el lugar de nacimiento y el peso de los niños al nacer influyeron en la decisión de introducir fórmulas para alimentar a los niños. Esto fue mencionado con mayor frecuencia el área urbana.

El que el nacimiento se lleve a cabo en la casa o en un hospital público, que el mismo sea por vía vaginal o que los niños nazcan con el peso adecuado son factores que determinan que se practique el apego inmediato y la lactancia materna exclusiva con los recién nacidos en ambas áreas. Esto coincide con lo mencionado por Romero en su estudio, en donde las mujeres con cesárea brindaron menos lactancia materna exclusiva y no tuvieron la oportunidad de tener el apego inmediato con el bebé. (6)

Otro factor material que influye en las prácticas de lactancia materna es la percepción del costo de ésta como un factor motivante para brindarla a sus hijos en ambas áreas, ya que la misma es más barata. No se cuenta con referencias exactas sobre este resultado en otras poblaciones o en estudios similares. Lo que si llama la atención es que, este factor es positivo, no importando el área de procedencia de la madre ni el tipo de trabajo, ya que motiva el brindar lactancia materna en comparación con la fórmula debido al costo que implica la compra de ésta última.

En relación al efecto del trabajo y tipo de trabajo en la práctica de lactancia materna, es claro que las madres del área urbana identifican que estos factores hacen que

disminuya la lactancia materna que brindan a sus hijos, especialmente cuando finaliza el período postparto y necesitan incorporarse de nuevo a su trabajo. Llama la atención que las madres del área rural buscan trabajos en donde puedan llevar a sus hijos o de medio tiempo como estrategias para poder continuar con la lactancia materna. Con respecto al trabajo como determinante de la práctica de lactancia materna, Flores menciona que el tipo de trabajo y el tiempo de período post parto del que la madre goza luego de reincorporación de las madres a sus actividades laborales, influyen en el aumento de la lactancia mixta y en algunos casos de la lactancia predominante. (32)

La información que las madres reciben parece influir en la práctica de la lactancia materna. Llama la atención de que a pesar que las madres del área rural muestran menor acceso a información, las prácticas de lactancia maternas fueron mejores que las del área urbana. La información que manejan las madres del área urbana incluye la preparación de fórmulas, el tiempo que debe durar la lactancia materna y los beneficios que ésta les da a sus hijos. También se encontraron creencias negativas que pueden afectar la práctica de lactancia materna tales como el efecto que produce el padecer enfermedades como la diabetes como una contraindicación para brindar pecho. (32)

En relación a los factores relacionales, se encontró que existen figuras que tienen un rol importante en las decisiones que toma la madre trabajadora sobre la alimentación de sus hijos. Para el caso del área rural el grupo de personas de influencia lo conforman las suegras y madres, especialmente en madres jóvenes o primerizas. En el caso del área urbana, además de las abuelas y la familia cercana, figuran personas como el personal de salud, médico pediatra y enfermeras quienes influyen en las decisiones de la madre. Para el caso del área urbana los compañeros de trabajo también parecen influir negativamente y pueden ser determinantes en el hecho del tiempo que dura la lactancia materna. Esto último coincide con lo planteado por Figueroa, quien encontró que las madres urbanas estaban propensas

a discontinuar o continuar la lactancia materna si se veían influidas o intimidadas por el personal de salud, o personas ajenas a la familia. (9)

Un aspecto relacional que también influye en la práctica de lactancia materna es el contar con redes de apoyo, las cuales refieren como a las personas que apoyan a la madre en su puerperio temprano tales como las abuelas (madres o suegras), hermanas o vecinas (estas últimas en el caso del área rural) y de los esposos y compañeros de trabajo (en el área urbana). Las redes de apoyo permiten que la madre cuente con ayuda en el desarrollo de los oficios domésticos o de trabajo que necesita completar durante el tiempo de recuperación y les permite contar con más tiempo para dar pecho. Estas redes de apoyo son más comunes en el área rural que en la urbana. De acuerdo con Summer y Haddad las redes de apoyo juegan un rol importante al momento en que las personas desarrollen alguna práctica de alimentación y nutrición, y en este caso, que las madres trabajadoras puedan o no continuar brindándoles lactancia materna en forma adecuada a sus hijos. (23)

Otro factor que influye en las prácticas de lactancia materna son los consejos recibidos por las personas que influyen en las madres. Los consejos están relacionados con las técnicas de amamantamiento, el tiempo entre una mamada y otra, y en el caso del área rural, en priorizar al bebé antes del trabajo para asegurar que esté bien cuidado. Los consejos parecen ser mejor recibidos en el área rural que en la urbana. De acuerdo con Summer y Haddad la información recibida por figuras de influencia juega un rol importante en la transmisión de prácticas de alimentación y nutrición de un individuo a otro y determina la credibilidad y aplicación de estos por parte de las personas que la reciben. (23)

En relación a los factores individuales se encontró que el apego emocional que promueve la lactancia y el amor que sienten por sus hijos son las principales motivación que las madres rurales mencionan para aplicar dicha práctica. Esto difiere en el área urbana en donde los beneficios propios son más valorados tales como la comodidad que la madre tiene al dar lactancia materna.

Las experiencias previas también son factores individuales importantes ya que estos determinan la seguridad que la madre tiene en ella misma para la realización de una práctica adecuada de lactancia materna, tanto en área urbana como rural. Aunque es importante mencionar que las experiencias previas también traen aspectos negativos relacionados con los miedos e inseguridades debido a que el miedo, sobre todo en las madres del área urbana, aumenta si son primerizas. Según lo encontrado en el estudio estos miedos son relacionados con aspectos tales como el no tener suficiente leche o dar pecho en público. Para el caso de las madres rurales el miedo es asociado a no poder llevar a sus bebés al trabajo que desempeñan o dejarlos al cuidado de otras personas lo que influye en gran medida en la decisión del tipo de trabajo que van a desempeñar. Como menciona Hadder en su definición este tipo de factores al referirse a los individuales, son los más difíciles de identificar, pero también pueden llegar a ser los que más influyen en las decisiones a tomar, lo que nos indica que el tener una experiencia previa buena o mala o simplemente el hecho de no tenerla, puede ser un factor clave en la práctica de lactancia materna. (23)

Pasando a los factores que determinan las prácticas alimentación complementaria en áreas rural y urbana se analizó lo siguiente:

Con respecto a los factores materiales que influyen en las prácticas de alimentación complementaria se encontró que en el área rural el costo de los alimentos que la conforman puede influir en el momento de introducción y tipo de alimentos brindados.

Para el caso de la influencia del trabajo en la alimentación complementaria, se encontró que este factor material si influye en ésta práctica, especialmente en el área urbana. Dado que por el tipo de trabajo la madre regresa a sus actividades laborales antes de los 6 meses del edad del niño, la misma no se encuentra presente cuando sus hijo/a inician su alimentación y no depende de ella directamente la selección y preparación de los alimento que comerán, la frecuencia de alimentarlos o la forma de introducirlos. Para el caso del área rural la flexibilidad de horario o condiciones de llevar al bebé que la madre busca en su trabajo les permite involucrase más en la

alimentación complementaria de sus hijos. Como lo menciona Sáenz, el trabajo resulta ser un factor importante para la no continuidad de la lactancia materna exclusiva y las características de la alimentación complementaria que se les brinda a los niños en el área urbana. (5)

Otro factor material incluye la información que las madres urbanas y rurales manejan en relación a la alimentación complementaria, los cuales influyen en las decisiones que toman al respecto a la alimentación de sus bebés. Tanto en el área urbana como en la rural no se tiene acceso a la información sobre tipo de alimento e introducción adecuada para la edad, sin embargo si manejan la información sobre la consistencia adecuada de inicio y como debe ir aumentando dependiendo la edad del niño.

Esto es de suma importancia, debido a que el acceso a información puede ayudar a las madres tengan más elementos para realizar una práctica exitosa con los niños, tal como menciona Sáenz, una buena información por parte de los encargados de los programas de salud puede ser determinante en el éxito o fracaso de las prácticas de alimentación infantil. (2)

En relación a los factores relacionales las figuras de influencia y los consejos recibidos para ambas áreas están integradas por las abuelas (madres, suegras) y hermanas, al igual que en la lactancia materna. Los consejos recibidos se centran en: Consistencia de los alimentos, higiene de estos y tiempo de comida que deben hacer los niños.

En el caso de las madres del área urbana se suman los pediatras, con mayor credibilidad inclusive que las abuelas, y los consejos para ésta área se basan en la cantidad y variedad de alimentos. Esto es similar a lo que García recomienda sobre la importancia de mejorar la consejería por parte del personal de salud, incluyendo a personas que por la influencia que tienen hacia la población pueden apoyar prácticas adecuadas de alimentación infantil, como se confirmó en este estudio, para el área urbana. (9)

En relación a las redes de apoyo para las madres del área urbana se encontró que las mismas no existen o son limitadas, ya que no cuentan con alguien que les puedan facilitar la alimentación a sus bebés en su ausencia. Es por esto que las madres de dicho estudio dejan a sus hijos en una guardería que es donde les brindan dos tiempos de comida que no son controlados por las madres sino por el personal de ese lugar, siendo el objetivo principal de la guardería apoyar con cuidado y alimentación a los niños de este grupo de madres.

En relación a los factores Individuales que motivan a brindar una alimentación adecuada, al igual que para la lactancia materna, las madres rurales mencionan los aspectos afectivos siendo para ellas lo principal, dejando a un lado incluso las características propias e idóneas del alimento. En el área urbana se encontró que la creencia y el miedo a que los niños se enfermen determinan el inicio temprano o tardío la alimentación. Otro factor individual identificado hace referencia a las experiencias previas las cuales van de la mano con las relacionadas con los miedos e inseguridades de las madres. En ambas áreas las experiencias previas les brindan más seguridad al momento de iniciar la alimentación infantil.

Dichas experiencias también determinan el momento en que se debe iniciar la alimentación, tomando como referencia lo que ha funcionado con hijos mayores. En algunos casos, sobre todo para el área rural, las experiencias vividas con sobrinos o hermanos anteriormente influyen en las decisiones de alimentación tomadas por las madres. Tal como se mencionó en los factores sobre lactancia materna, y como lo menciona Hadder, este tipo de factores son los más difíciles de determinar, pero los más importantes, por lo que se debe prestar atención en ellos si se quiere mejorar la práctica de alimentación complementaria en las diferentes áreas. (23)

Al analizar lo anteriormente expuesto se puede afirmar que la mayoría de factores que influyen en las prácticas de alimentación y lactancia materna difieren entre áreas, siendo el trabajo un factor influyente en área urbana, tanto para la práctica de lactancia materna como para la práctica de alimentación complementaria. Se puede

identificar que los factores más influyentes en área rural son los relacionales e individuales, que necesitarán ser tomados en cuenta en el diseño y aplicación de programas e intervenciones de salud pública dirigidos a este grupo específico de madres.

XIV. CONCLUSIONES

14.1. Las madres trabajadoras del área urbana y rural tienen similitudes en sus características, son madres jóvenes, legalmente casadas, con promedio de dos hijos y con al menos la primaria completa.

14.2. Las características de los trabajos urbanos y rurales tienen diferencias marcadas en cuanto a flexibilidad y horario.

14.3. Existe un incumplimiento en las prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria tanto en las madres del área urbana como en las madres del área rural, siendo las madres del área rural las que menos incumplen.

14.4. El área de residencia de las madres, no tiene relación con las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que realizan las madres trabajadoras.

14.5. Los factores materiales que más influyen en las prácticas de alimentación evaluadas son el trabajo, el lugar de nacimiento para urbano y rural respectivamente.

14.7. El factor relacional que más determina las prácticas de alimentación que aplican las madres son las figuras de influencia, tales como las abuelas (madres y suegras) para ambas áreas y el personal de salud para el área urbana.

14.9. Los factores individuales con más influencia para las madres del área rural son el amor a los hijos y el apego emocional y para las madres del área urbana son, los miedos e inseguridades y las experiencias previas.

XV. RECOMENDACIONES

15.1. Realizar grupos de apoyo por parte de las entidades comunitarias más cercanas dirigido a madres, para incentivar y motivarlas a continuar siendo parte activa de la economía del hogar.

15.2. Concientizar a las organizaciones gubernamentales sobre la importancia de realizar reformas de ley que garanticen mejores condiciones laborales a las madres, sobre todo en los primeros seis meses después del parto.

15.3. Continuar con procesos de investigación por parte de estudiantes y profesionales en el tema de prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, relacionándolas con otras variables como trabajo, edad, nivel de escolaridad entre otros.

15.4. Realizar por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la promoción de lactancia materna y alimentación complementaria tomando como base el amor a los hijos/a.

15.5. Incluir en los programas educativos de nutrición y alimentación infantil, no solo a las madres, también abuelas, suegras y esposos, para que influyan positivamente en las prácticas de alimentación que realizan con los niños/as.

15.6. Priorizar por parte de las entidades de salud a las madres jóvenes con el fin de generar confianza y que la experiencia previa no sea un factor que determine su inseguridad en la toma de decisiones relacionadas a la alimentación de sus hijos.

XVI. BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF “Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial” lactancia materna, UNICEF 2012. (Citado Septiembre 2014) Disponible: www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html.
2. Sáenz S. “Alimentación Infantil en Guatemala” Revisión Bibliográfica sobre las prácticas de alimentación infantil en Guatemala, 2009, disponible en: http://www.academia.edu/6619757/Alimentaci%C3%B3n_infantil_en_Guatemala.
3. Organización Mundial de la Salud, “Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño” Capítulo promoción aplicación medidas de alta prioridad, Suiza, 2003. 16-18
4. Secretaria de Planificación de la Presidencia, Encuestas departamentales SEGEPLAN, Biblioteca en Línea, 2015, disponible en: Segeplan.gob.gt
5. Sáenz, S. Madres Trabajadoras Y Lactancia materna en Guatemala Revisión bibliográfica, INCAP 2006.
6. OMS/OPS, apoyo a las madres que amamantan, folleto, semana mundial de la salud materna OMS, 2013, disponible en: <http://worldbreastfeedingweek.org/2013/pdf/wbw2013-af-paho-spa.pdf>
7. .Romeo F. Tipo de parto influye en el inicio y continuidad de lactancia materna exclusiva, Revista del Comité de Lactancia Materna Española, Murcia España, 2010 12-15.
8. García Et al. Prácticas de alimentación complementaria durante el primer año de vida, INCAP, Guatemala 2010.

9. Martínez J, Valdés V, Problemas en la lactancia materna, UNICEF, 2007, disponible en <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/>
10. Figueroa, R. Estudio observacional sobre lactancia materna durante la estancia en maternidad. Unidad de Perinatología. Hospital Jiménez Huelva México 2009.
11. Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), Encuesta de salud nacional, Republica Dominicana, 2006 disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/>
12. Nielsen G, Thomsen B, Michaelsen K. Influence of breastfeeding and complementary food on growth between 5 and 10 months, pediatric section, 2008, 911-917.
13. Gonzáles E, García E, Saavedra P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. Manual de Pediatría, 2002, 144-150.
14. González. C. Un regalo para toda la vida, Guía de lactancia materna, Temas de Hoy, Madrid, 2006.
15. Asociación Española de Pediatría, Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica, Generalidades de lactancia materna. Edit. Panamericana. España 2009.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Mundial de la Salud, Guías alimentarias para población Guatemalteca MSPAS, 2da edición, Guatemala 2006. Disponible en: www.fao.org./3/
17. Asociación Española de Pediatría, Manual de lactancia materna, de la teoría a la práctica, Historia de la lactancia materna. Edit. Panamericana. España 2009.

18. Asociación Española de Pediatría, lactancia materna una guía para profesionales, aspectos prácticos, Edit. Panamericana, España 2005, 17-19.
19. Asociación Española de Pediatría, Manual de lactancia materna, de la teoría a la práctica, Fisiología de la lactancia materna, Edit. Panamericana. España 2009.
20. Cameron, M. Manual sobre alimentación de lactantes y niños pequeños, editado por la organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación Suecia, 2005.
21. Brown J, Nutrición en las diferentes etapas de la vida, Editorial Mac Graw Hill, Estados Unidos, 2006.
22. Summer A, Fisher F, Teoría trádica del Comportamiento Humano, estudios de casos, Inglaterra, 2010.
23. República de Guatemala, Código de trabajo de Guatemala, Artículo 152, Suspensión por maternidad, 2010 Disponible en: leydeguatemala.com/codigodetrabajo/39.
24. Zacarías D, Estadística Epidemiológica, tipos de estudio descriptivos, Guatemala, 2010.
25. Consejo Municipal de la Esperanza Quetzaltenango, Revista trimestral promociones Municipalidad de la Esperanza, La Esperanza Quetzaltenango, 2015, 3-5.
26. Beusekom I, Vossenaar M, Montenegro-Bethancourt G, Doak C, Solomons W Marco para la evaluación de lineamientos para la alimentación complementaria adecuada en el estudio de Xela Babies, Boletín volumen 3 CESSIAM, Guatemala, 2012.

27. Secretaria de Planificación de la Presidencia, Encuestas departamentales SEGEPLAN, Biblioteca en Línea, Guatemala, 2016, disponible en: Segeplan.gob.gt
28. Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Protección promoción y apoyo de la lactancia natural, Función especial de los servicios de maternidad, Suiza, 2010.
29. Adrian J. Tomar café o té con las comidas, Art.No.5, Infobae America Latina, 2012. Disponible en: www.Infobae.com.
30. Aleman J, Guía para consejeras comunitarias, para el mejoramiento de la alimentación infantil, PROSAN, Ministerio de Salud Pública, Guatemala 2009, 21-25.
31. Flores, A. Factores Relacionados con la Duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos, archivos de medicina familiar, México, 2006.

XVII. ANEXOS

17.1 Anexo 1

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
CAMPUS QUETZALTENANGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICION



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____ / _____ / _____
Código _____

Cumplimiento de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, y los factores relacionales individuales y materiales que influyen en el cumplimiento de las mismas por parte de madres trabajadoras del área urbana y rural de Quetzaltenango.

La universidad Rafael Landívar es un centro de estudios dedicado a formar profesionales con calidad académica y humana, por lo que es necesario para optar al título académico de Nutricionista, realizar un trabajo de investigación, el cual será realizado por la estudiante Claudia Alejandra Maldonado, dicho trabajo tiene como objetivo determinar cuáles son los factores que influyen en que las madres realicen ciertas prácticas de lactancia materna y alimentación a sus niños menores de 2 años.

Procedimientos:

Si está de acuerdo a participar se le explicara el procedimiento de la investigación:

- Se le solicitará que firme el consentimiento informado
- Se le procederá a realizarle las preguntas correspondientes, sobre lactancia materna y alimentación de su hijo/a
- Al término de esto se le brindará una plática educativa sobre alimentación de la mujer.
- Se le solicitará su colaboración para una próxima fecha, donde se brindará una segunda plática educativa en dicha plática se abordará el tema de alimentación infantil.

Riesgos y Beneficios: El estudio no tiene ningún riesgo, en ningún momento se tocará, evaluará o hablará con el niño, únicamente con la madre la cual contestará las preguntas sin ningún compromiso de una forma individual y confidencial.

Como beneficio de la investigación la madre podrá asistir a dos charlas educativas con temas relacionados a una adecuada Nutrición.

Yo, _____,

He sido informada acerca de los objetivos y procedimientos de este estudio.

Voluntariamente acepto a participar.

Firma o huella digital: _____

18.2 Anexo 2

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
CAMPUS QUETZALTENANGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICION



Cuestionario cuantitativo dirigido a madres trabajadoras con niños menores de dos años

Objetivo: Conocer las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que han llevado a cabo las entrevistadas así como sus datos generales con el fin de caracterizar la población de estudio.

Código de entrevista: _____

Fecha de entrevista: ___/___/___

Nombre: _____

Edad de la madre: _____

Fecha de nacimiento del bebé: ___/___/___

Edad del bebé: _____ Años _____ Meses

I. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Para iniciar, le voy a hacer algunas preguntas generales sobre usted:

1.1. ¿Cuántos hijos/a tiene usted? _____

1.2. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltera
- Unida
- Casada
- Divorciada
- Viuda

1.3. ¿Hasta qué grado estudió usted?

- No fue a la escuela
- Primaria
- Básico
- Diversificado
- Universitario

1.4. Además de usted y su bebé, ¿quiénes viven en su casa?

1.5. ¿En su casa quién es el jefe o jefa de familia?

1.6. ¿Qué personas aportan económicamente en su hogar?

1.7. ¿Quién es la persona que tiene el mayor aporte económico en su hogar?

A continuación le realizaré unas preguntas sobre su trabajo:

1.8. ¿A qué se dedica usted? (especificar qué tipo de trabajo)

1.9. ¿Cuál es la razón principal por la cual usted trabaja?

1.10. ¿Cuántas horas trabaja usted al día?

1.11. ¿Trabaja fuera de su casa?

Si (Pase a la pregunta 1.12)

No (Pase a la pregunta 1.14)

1.12. ¿Cuánto tiempo se toma usted en llegar a su trabajo y regresar a casa?

Ida: _____ min

Vuelta: _____ min

1.13. ¿El horario que tiene en su trabajo le permite estar presente en las horas que come su hijo/a?

Si

No

1.14. ¿Su trabajo le permite o permitió, dar pecho a su bebé durante sus horas de trabajo?

Si

No

¿Por qué? _____

1.14. Cuando nació su bebé, ¿cuánto tiempo de recuperación tuvo antes de regresar a trabajar?

II. PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A continuación, le realizaré unas preguntas con respecto a las prácticas de lactancia materna y alimentación de su hijo/a

2.1. ¿Usted le dio pecho a su bebe al nacer?

- Si (pasar a la pregunta 2.2)
- No (pase a la pregunta 2.3)

2.2. ¿Cuántas veces al día le daba pecho a su bebe?

2.3. ¿Le daba pecho de día y de noche?

- Si
- No

2.4. Actualmente, ¿Le da pecho a su hijo/a?

- Si (Pase a pregunta 2.4)
- No (Pase a pregunta 2.5)

2.5. ¿Actualmente cuantas veces al día le da pecho a su hijo/a?

2.6. ¿Hasta qué edad brindó pecho a su bebé?

2.6. ¿Le dio Leche de bote a su bebé?

- Si
- No

2.7. ¿Desde qué edad le dio leche de bote a su bebé?

2.8. ¿Actualmente le da leche de bote a su bebé?

- Si
- No

2.9 A demás de la leche ¿Qué otro alimento o bebida le dio a su bebé en los primeros 6 meses de vida?

2.10 ¿Durante los primeros seis meses de vida le dio a su bebe algo de lo que le mencionaré?

- Vitaminas
- Gotitas pediátricas
- Agua
- Atoi
- Jugos
- Agüitas (arroz, hierbabuena etc,)

2.11 ¿A qué edad empezó a darle comida a su bebe?

- Antes de los 5 meses
- A los 6 meses
- De 7-8 meses
- De 9-11 meses
- Al año
- Aun no

2.12 ¿Me puede mencionar cual fue el primer alimento que le dio a su bebé?

2.13 Qué cantidad comía su bebe, cuando empezó a comer?
(en cucharaditas, mostrar cucharaditas medidoras)

2.14 ¿Actualmente que cantidad come su bebe?

2.15 ¿De los siguientes alimentos cuales ya le da a su bebé y a qué mes inició?

ALIMENTO	Ya come	Mes de inici o	Si aplica escribir cuales.
<input type="radio"/> Arroz			

<input type="radio"/> Incaparina			
<input type="radio"/> Verduras			
<input type="radio"/> Huevo			
<input type="radio"/> Carne			
<input type="radio"/> Frutas acidas			
<input type="radio"/> Atoles			
<input type="radio"/> Leche entera			
<input type="radio"/> Hierbas			
<input type="radio"/> Café			
<input type="radio"/> Tamalitos/Tortillas			

2.16 Le mencionaré algunos alimentos, de estos me puede decir ¿cuáles ya come su bebé? Y ¿en qué mes de su bebé empezó a comerlo?

Alimento/mes de inicio	Antes de los 6 meses	6 -8 meses	9-11 meses	12-24 meses
<input type="radio"/> Arroz				
<input type="radio"/> Incaparina				
<input type="radio"/> Verduras				
<input type="radio"/> Huevo				
<input type="radio"/> Carne				
<input type="radio"/> Frutas acidas				
<input type="radio"/> Atoles				
<input type="radio"/> Leche entera				
<input type="radio"/> Hierbas				
<input type="radio"/> Café				
Tamalitos/Tortillas				

2.18. Que consistencia le brinda los alimentos a su bebé a los: (preguntar mes a mes)

Consistencia /mes	Antes de los 6 meses	6 -8 meses	9-11 meses	12-24 meses
Papilla				
Licuada/caldo				
Trozos				
Consistencia normal del alimento				

2.17 Cuantas tiempos de comida le da a su bebé en: (preguntar mes a mes)

Antes de los 6 meses	6 -8 meses	9- 11 meses	12- 24meses



18.3. Anexo 3

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
CAMPUS QUETZALTENANGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICION

GUIA de GRUPO FOCAL DIRIGIDA A MADRES TRABAJADORAS DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE ASISTEN A LA GUARDERIA CASA DEL NIÑO Y GRUPO DE MUJERES MUNICIPALIDAD DE LA ESPERANZA.

Factores influyentes en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en madres trabajadoras

Objetivo: Conocer los factores materiales, personales e intrapersonales que influyen en las prácticas de lactancia materna.

Lugar: _____ **Fecha:** ___ / ___ / ___ **Hora:** ___ :

Nombre del grupo: _____

Nombre de moderador: _____

Introducción

- Se da la bienvenida y se agradece la participación de las madres y se lleva a cabo una presentación general de las participantes y de la/el facilitadora/r. Se colocan gafetes con nombres para todos(as).
 - Luego se socializa el objetivo: Queremos conocer aún más de las experiencias que como madres trabajadoras han tenido en la alimentación de sus hijos/as.
 - Se solicita permiso para grabar, y se explica que la grabación servirá para que luego no se pierda parte de la información brindada por las madres. Si alguna madre no accede a ser grabada, se pedirá a una co-facilitadora/r que anote fielmente (es decir, exactamente como lo dice la madre) las ideas relacionadas a los temas a tratar en el GF.
1. ¿Qué han escuchado ustedes sobre la lactancia materna? (Preguntar sobre aspectos positivos, beneficios y aspectos negativos).
 2. Que aspectos creen que impide a una madre brindarle pecho a su bebé (enfaticar sobre si el trabajo es uno de ellos).
 3. Como madres trabajadoras que experiencias tuvo cuando dio pecho a su bebé (indagar sobre facilidades y complicaciones encontradas).
 4. Recibió ayuda para brindarle pecho a su bebé (que tipo de ayuda, quienes lo ayudaron, fue de utilidad esa ayuda).
 5. Recibió consejos para brindar pecho a su bebé (quienes, que consejos, y cuales siguieron y cuales no).
 6. Algo más que quisiera comentar con respecto a este tema (Alguna experiencia que recuerde, algo que quiera compartir con el grupo).

18.4. Anexo 4

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
CAMPUS QUETZALTENANGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICION



GUIA de GRUPO FOCAL DIRIGIDA A MADRES TRABAJADORAS DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE ASISTEN A LA GUARDERIA CASA DEL NIÑO Y GRUPO DE MUJERES MUNICIPALIDAD DE LA ESPERANZA.

Objetivo: Conocer los factores materiales, personales e intrapersonales que influyen en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria.

Lugar: _____ Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

Nombre del grupo: _____

Nombre de moderador: _____

Introducción

- Se da la bienvenida y se agradece la participación de las madres y se lleva a cabo una presentación general de las participantes y de la/el facilitadora/r. Se colocan gafetes con nombres para todos(as).
- Se explica que la actividad será una conversación sobre lactancia materna.
- Luego se socializa el objetivo: Queremos conocer aún más de las experiencias que como madres trabajadoras han tenido en la alimentación de sus hijos/as.
- Se solicita permiso para grabar, y se explica que la grabación servirá para que luego no se pierda parte de la información brindada por las madres. Si alguna madre no accede a ser grabada, se pedirá a una co-facilitadora/r que anote fielmente (es decir, exactamente como lo dice la madre) las ideas relacionadas a los temas a tratar en el GF.

1. Que ha escuchado sobre la “alimentación complementaria” (Preguntar sobre si lo conoce, como le llama, como se enteró de esto).

2. Como creen ustedes que debe iniciarse la alimentación del bebé (Indagar sobre tiempo y el por qué, forma y el por qué, frecuencia y el por qué, consistencia y el por qué tipo de alimento y el por qué).

3. Cuénteme acerca de su experiencia cuando inició la alimentación de su bebé (preguntar quién le inició, como fue, le fue fácil o difícil, enfatizar si el trabajo fue un obstáculo para este proceso, experiencias anteriores, quien fue la persona que brindó el primer alimento, como lo decidieron).

4. Encontró dificultades en el tiempo de la alimentación de su bebé, (que dificultades, como las solucionó, tuvo ayuda sobre esto).

5. Recibieron consejos para la alimentación de su bebé (que consejos, quienes le aconsejaron, que consejos siguió y cuales no y el por qué).

6. Algo más que quisiera agregar (preguntar sobre alguna anécdota, algo que recuerden durante mucho durante este tiempo).