



31261  
3  
29.

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

CAMPUS IZTACALA

**"EVALUACION DEL PROGRAMA DE  
ALOJAMIENTO HOSPITARIO EN DOS  
MODALIDADES: ALOJAMIENTO CONJUNTO  
Y HOSPITALIZACION ORDINARIA"**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN INVESTIGACION EN  
SERVICIOS DE SALUD

**P R E S E N T A N**

**DIANA ISELA CORDOBA BASULTO**

ASESOR: MTRO. JAVIER SANDOVAL NAVARRETE

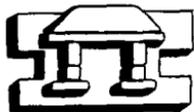
DICTAMINADOR:

MTRO. ARTURO SILVA RODRIGUEZ

DICTAMINADOR:

MTRO. CUAUHEMOC VALDEZ OLMEDO

IZTACALA, EDO. DE MEXICO, ABRIL DE 1997



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Salvador, Jacobo y Abraham.  
Fuente inagotable de amor,  
apoyo y confianza.**

**Isela, Hugo y Paco.  
Raíces, enseñanzas, cariño y  
ejemplo de superación.**

**Manolo y Juan José.  
Pilares de una generación  
los quiero.**

**Hilda y Ale.  
Apoyo, entusiasmo  
y cariño**

## AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a todas las personas que directa o indirectamente estuvieron presentes en la elaboración del presente trabajo.

Al Dr. Manuel Estrada por su amistad y apoyo incondicional en todo momento y por haberme "insistido" en cursar la Maestría, por estar conmigo en las situaciones más difíciles tanto académicas como de salud y brindarme siempre alternativas para no desistir.

A mi asesor Javier Sandoval, por su confianza y alentarme en la conclusión de este trabajo y ser uno de los profesores con los que se pueden conciliar los intereses de la Psicología y la Medicina.

A los dictaminadores, por su disposición para que se llevara a cabo el trabajo. A Cuauhtémoc Valdez, por sus clases tan amenas y constructivas. A Jesús Chavéz, por sus comentarios, y principalmente por enseñarnos lo complejo que son los servicios de salud. A Mario Cárdenas, por mostrar siempre disposición a dialogar con los alumnos.

A Arturo Silva, por haber sido un tutor y dictaminador responsable, y apoyarme en la impresión final de la tesis. Pero, sobre todo, por darme su amistad.

También deseo agradecer a los médicos que permitieron y facilitaron las condiciones para llevar a cabo la investigación en los hospitales. Al Dr. Federico Rendón, Dr. Luis Cedeño y C.D. Héctor Morales por su entusiasmo y disposición.

Del Hospital de la S.S.A., al Dr. Roberto Gómez C. y al Dr. Gustavo Cordero O. por aprobar el proyecto de investigación y permitir el acceso al hospital. Al Dr. Arturo Tirado por su interés en la investigación, confianza y enseñanzas; al Dr. Librado y Dr. Santana, por sus comentarios. Enf. Olga Caballero y personal de enfermería, gracias.

Del Hospital del I.S.S.S.T.E., al Dr. Julián Covarrubias de la M. y Dr. Horacio Olvera H. por aprobar y facilitarnos el acceso al piso de Gineco-obstetricia. A las enfermeras del piso. A los residentes, Dr. Campos, Dr. Jorge Barón, Dr. Adrián, a la Dra. Burgos por su interés. Y en especial a la instructora de Psicoprofilaxis, María Luisa Bretón A. por su incansable ímpetu y su desinteresado apoyo en todas y cada una de las actividades de la investigación.

Por parte de la E.N.E.P. Iztacala, les agradezco a Oscar, Ernesto, Rodrigo, José, Octavio, Héctor, Nancy, Leticia, Maribel y Dora el haber participado en la aplicación y codificación de las entrevistas. A Reyna, por el apoyo en la impresión final del trabajo.

A Héctor, Luis y Tirzo por compartir las excursiones para tomar clases y sobre todo por ser mis amigos.

A Miguel, Rosalba, Jaime, Raúl, Gloria, Alejandra, Irma, Gerardo, Blanca y Rosita por preguntar "ya tienes fecha".

## **RESUMEN**

Es un estudio circunspectivo con el propósito de comparar el Programa de Lactancia Materna de la S.S.A. en dos modalidades de hospitalización (hospitalización ordinaria y alojamiento conjunto), se utilizó el comportamiento materno en relación a la lactancia como estrategia de evaluación. Se realizaron 100 entrevistas en el piso de Gineco-obstetricia a mujeres que acudieron por motivo de parto a dos hospitales de la zona metropolitana, uno perteneciente a la S.S.A. y otro del I.S.S.S.T.E.. Se encontró que las madres que estuvieron bajo la modalidad de alojamiento conjunto presentaron las mejores condiciones que favorecen el inicio de la lactancia, la bajada de leche, la alimentación a seno a libre demanda, y prevalencia de la lactancia a más largo plazo, entre otras. Sin embargo, también se encontraron algunos factores culturales y emocionales que intervienen durante su estancia hospitalaria que tienen diferentes repercusiones a nivel social, familiar y personal. Se sugiere la participación permanente del psicólogo como parte del equipo de salud, para la atención emocional de aquellas mujeres que requieren por su situación personal (madre soltera, embarazo no deseado, mortinatos o abortos, embarazo de alto riesgo), de ciertas condiciones para asumir el rol de madre que está viviendo y con esto probabilizar que no se de abandono temprano de la lactancia, o incluso maltrato infantil.

## INDICE

INTRODUCCION .....	2
Marco teórico (21)	
Pregunta general (22)	
M E T O D O .....	24
Sujetos (24)	
Situación o Lugar (25)	
Materiales, Aparatos e Instrumentos (25)	
Procedimiento (25)	
Hipótesis del estudio (27)	
RESULTADOS .....	31
I. Descripción general de la población estudiada (31)	
II. Modalidad de hospitalización, Comportamiento Maternal y Programa de Lactancia. (33)	
III. Correlación del tipo de hospitalización (hospitalización ordinaria o en alojamiento conjunto) con las variables de comportamiento materno. (43)	
DISCUSION .....	44
CONCLUSIONES .....	58
REFERENCIAS .....	60
ANEXOS (entrevista, figuras y tablas) .....	68

## **INTRODUCCION**

Entre los profesionistas involucrados, los médicos, sustitutos calificados de las antiguas matronas, hace tiempo tienen asegurado su sitio en la atención de todo el proceso de reproducción (gestación, embarazo, alumbramiento y puerperio). En cambio, los psicólogos tienen poco de haber empezado a involucrarse de manera práctica y especializada, psicosigiénica, en este amplio proceso. Sin embargo, cada vez va siendo mayor la participación del psicólogo en los servicios de salud (por ejemplo, Videla, 1990; Herrera, Cáceres y col. 1992; Herrera, Hurtado y Cáceres 1992a; Parra y Ortiz, 1992; Cáceres y Herrera 1992; Alarcón, Herrera, Rodríguez, Piñeros y Vigúez 1992).

Los psicólogos, de igual manera que los médicos, han sostenido el propósito de contribuir a la optimización de los servicios. Han podido desarrollar conocimientos propios de su disciplina en torno al embarazo, el alumbramiento y el puerperio, al asistir a las salas de pediatría, tocoginecología, parto y cirugía, o al acompañar de alguna manera al personal de servicio en la organización hospitalaria. De hecho, han ilustrado exitosamente aspectos de la amplia problemática psicológica del proceso de reproducción y sus momentos clave. Asimismo, han elaborado discursos analíticos o explicativos y realizado

investigaciones. A continuación se exponen algunos trabajos sobresalientes acerca de aspectos psicológicos evidentes en los distintos momentos del proceso reproductivo.

Valdés y Atkin (1988) entrevistaron a adolescentes embarazadas mexicanas con diferente nivel escolar (primaria, secundaria y bachillerato) para conocer su grado de aceptación de la maternidad, las prácticas de crianza que usarían con sus hijos y sus expectativas sobre desarrollo infantil. Encontraron que la mayoría, sin importar la escolaridad, aceptaban el rol materno, que la mayoría de las adolescentes, sobre todo las de primaria, tenían creencias erróneas sobre el manejo físico de los bebés, y que aproximadamente la mitad de todas las adolescentes tenían expectativas realistas sobre las edades para ciertos logros motrices y sociales del niño.

Mitre (1974) estudió el efecto de la posición de parto, supina vs. sentada, sobre la duración del trabajo de parto de mujeres multiparas. Encontró que las mujeres que paren sentadas duran significativamente menos en el trabajo de parto que las otras. De acuerdo al reporte de las madres, la posición sentada muestra mayor tolerancia del trabajo de parto.

Soifer (1971) y Videla (1990), desde una perspectiva psicoanalítica, declararon que las parturientas sufren o pueden sufrir temor o ansiedad, sea por los primeros síntomas, la internación en la clínica, el proceso de dilatación, el proceso de transición (apoyo de la

cabeza fetal en el suelo perineal), el dolor, las intervenciones como la episiotomía, los fórceps, la cesárea o la aplicación de anestesia durante el período expulsivo, la pérdida posible del atractivo físico, la posible anomalía del hijo, o la muerte propia o del infante, entre otros. El temor o ansiedad, muchas veces irracionales, son contraproducentes. Videla (idem) recomienda evaluar y prever estas situaciones.

Herrera, Hurtado y Cáceres (1992a); Herrera, Hurtado y Cáceres (1992b); Herrera, Cáceres y col (1992); Cáceres y Herrera (1992), en varias investigaciones han trabajado en la predicción y prevención del riesgo obstétrico y complicaciones perinatales mediante la aplicación de un Modelo Biopsicosocial para mujeres gestantes con preeclampsia, logrando con la intervención conjunta (biológica, nutricional y psicológica), reducir la incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales en las pacientes que recibieron atención psicológica.

Alarcón, Herrera, Rodríguez, Piñeros y Vigúez (1992), trabajaron con 20 gestantes diagnosticadas con preeclampsia, a partir de la implementación de un programa psicológico para gestantes con alto riesgo, que incluyó trabajar sobre ansiedad, depresión, soporte social, estilo de afrontamiento, y señales de tensión, concluyendo en la elaboración de un programa cognoscitivo conductual para el tratamiento psicológico de madres con preeclampsia.

Parra y Ortiz (1992) utilizaron un modelo de intervención psicológica en el Servicio de Gineco-obstetricia. A pacientes con (1) Histerectomía principalmente les brindaron apoyo sobre temores, ansiedades y dudas respecto a la cirugía; además implicaron al compañero para la recuperación tanto física como emocional. A pacientes con (2) Pérdida de un hijo (mortinato y abortos) las apoyaron para reducir sus temores y ansiedades desencadenados por las pérdidas (fantasías de malformación, culpabilidad en la pérdida, elementos mágicos respecto a la pérdida). Asimismo, a pacientes hospitalizadas, diagnosticadas previamente como de (3) Alto riesgo obstétrico, les proporcionaron información acerca de los procedimientos a seguir a manera de disminuir los temores y ansiedades generadas por el estado de salud de la gestante (muerte y malformaciones en el feto, efectos de los medicamentos y procedimientos sobre el feto, muerte de la madre, descuido de otros hijos y altos costos). Finalmente, enfatizan la importancia de la participación del psicólogo para el manejo de los factores emocionales del paciente en cualquier especialidad del Campo Médico.

Andolsek (1984) realizó un estudio en Yugoslavia para conocer, mediante entrevistas postnatales, el punto de vista de varias mujeres sobre el servicio obstétrico. En cuanto al lugar del parto encontró que unas cuantas hubieran preferido parir en su propio hogar, pero con las mismas condiciones de atención que brinda el hospital. Sobre el trabajo de parto y el alumbramiento, descubrió que: (a) la mayoría quedaron satisfechas con la atención recibida durante el parto y que apreciaron la mitigación del dolor; (b)

algunas hubieran deseado parir en un cuarto privado, pues se quejaron de la presencia de otras parturientas y de la gran cantidad de personal de salud y estudiantes, y hubieran preferido un trato más individualizado; y (c) muy pocas se quejaron del cuidado médico específico. En cuanto al cuidado postnatal, la mayoría de las mujeres cuestionaron las condiciones postnatales del hospital. Unas cuantas quedaron insatisfechas con su alojamiento después del parto, ya que les hubiera gustado mayor semejanza con su propia casa y recibir más visitas familiares. Además, pocas estuvieron inconformes con las instrucciones de amamantamiento y las prácticas de cuidados al recién nacido por las enfermeras. En cuanto al tiempo de permanencia hospitalaria, un alto porcentaje juzgaron convenientes 5 días de hospitalización, pero unas cuantas consideraron suficientes 3 días. Un descubrimiento importante fue que la mayoría creían que los cuidados del neonato deben compartirlo el personal del hospital y la propia madre.

Pedersen (1981) encontró que el parto participativo (aquél en el que el marido acompaña a su esposa en el trabajo de parto, después de haber asistido junto con ella a cursos en torno a su embarazo) es positivo para el sentimiento de satisfacción de la madre y para la vinculación precoz entre ella y su hijo. Asimismo, mencionó las repercusiones negativas de la cesárea para el establecimiento de una relación precoz madre-hijo cálida. A partir de esto último, parece cuestionable la tendencia creciente a recurrir en México indiscriminadamente a este tipo de intervención médica.

Lezine (1978), investigando la relación materno-infantil en la primera semana de vida del niño, encontró que el parto prematuro, en comparación con el parto a término, dificulta el establecimiento de la relación afectiva entre la madre y el bebé. Esto se debe en parte a que el recién nacido prematuro tiene que permanecer apartado de la madre, bajo cuidados especiales. También observó que es positivo que la madre cargue al bebé inmediatamente y lo alimente, si se trata de establecer el vínculo temprano entre ellos. Adicionalmente, la autora pudo demostrar que el deseo de la madre de tener el hijo resulta crucial en el establecimiento de la relación afectuosa con él.

Alberts, Kalverboer y Hopkins (1983) estudiaron la conducta de succión de los bebés y la conducta táctil de la madre durante periodos de alimentación en los primeros 3 días de vida. Primero hicieron una descripción de la conducta de succión del bebé, luego realizaron una descripción de la conducta táctil de la madre y, por último, retomaron ambas conductas para observar las relaciones temporales entre ellas. Los resultados mostraron que la conducta táctil de la madre ocurre durante las pausas de succión del bebé, y que ambos se van adaptando recíprocamente. Así, el bebé tiende a prolongar las pausas cuando es tocado por su madre, y terminada la caricia, comienza a succionar rápidamente. Si la madre a su vez insiste en tocarlo, él interrumpe la succión hasta que su madre abandona la conducta táctil.

Millot (1988) realizó filmaciones de las interacciones espontáneas entre las madres y sus recién nacidos, para cuantificar las ocurrencias, la duración y la frecuencia de las conductas táctiles maternas (acariciar, besar, tocar, etc.). Los resultados indicaron que las conductas de las madres variaron dependiendo de la actividad que estuviera realizando el recién nacido (dormir, comer, etc.), y de acuerdo a diferentes variables biológicas (sexo, y peso al nacer) y sociales (status socio-económico de la madre).

Los estudios mencionados exponen algunos hallazgos de sumo interés sobre varios factores condicionantes de la maternidad, sugieren procedimientos de investigación alternativos, ofrecen definiciones de algunas cogniciones y comportamientos maternos factibles de investigación, y permiten hacer inferencias sobre qué condiciones hospitalarias y de otro tipo podrían recomendarse en vías de un servicio obstétrico, si no mejor, sí más condescendiente con las expectativas sociales, profesionales y materno-infantiles.

Sin embargo, aunque valiosos, todavía son insuficientes para brindar una idea más clara y definida sobre lugares y formas convenientes de otorgar el servicio por parto y puerperio, desde un enfoque psicológico. A pesar de sus contribuciones, persisten huecos en la descripción del comportamiento de la parturientas durante su hospitalización y el inicio de lactancia.

## Lactancia / Córdoba

---

---

En algunas investigaciones se ha abordado más específicamente la lactancia y el amamantamiento, así como los beneficios que por ellos obtienen la madre y el neonato. Revisaremos algunas.

Bravo (1989a) enumeró algunas propiedades de la leche materna positivas para la salud del bebé: (1) es el alimento más apropiado para la salud de él, quien está en crecimiento, (2) le proporciona los elementos inmunológicos de su madre; (3) lo protege contra alergias y enfermedades de la piel; (4) aumenta su resistencia contra enfermedades respiratorias, diarreas y vómitos, entre otras; (5) contiene taurina, aminoácido importante para el desarrollo de su sistema nervioso central; (6) evita el estreñimiento, y; (7) lo previene de caries. La autora también afirmó que la lactancia materna fomenta la interacción y el lazo materno-infantil, y la satisfacción del bebé.

Un estudio de De Araújo y col. (1991) reafirma la idea de lo valiosa que es la lactancia materna. Estos autores estudiaron en Brasilia el crecimiento de niños de familias de bajos recursos, alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida. Pudieron observar que el incremento de estatura y peso de niños y niñas durante el primer año de vida fue satisfactorio, pues se aproximó al señalado por las normas de Estados Unidos de América.

## Lactancia / Córdoba

---

En congruencia con lo anterior Bravo (1989b), al poner mayor énfasis en algunos aspectos psicológicos, señaló que:

"el amamantar por sí mismo no garantiza una buena relación madre-hijo(a), como la alimentación artificial no la impide. Hay lactancias 'artificiales' y lactancias 'naturales' de diferente calidad. Sin embargo, la lactancia natural, si es un auxiliar importante en esta relación." (pp. 15).

También se ha sostenido que la lactancia natural por sí sola es un factor que pospone la fertilidad de las mujeres que amamantan a sus hijos por tiempo prolongado (Montaño, 1989). De hecho, en un número de Population Reports (1982) se había publicado una correlación positiva entre meses de lactancia y meses de amenorrea.

Ciertamente la lactancia es recomendable. No obstante, como planteó Reyes (1989), existen contraindicaciones para lactar: (a) cáncer de mama, (b) infección por citomegalovirus, (c) infección por rubéola y (d) virus de inmunodeficiencia humana. En otras ocasiones, como cuando las madres padecen hepatitis, aunque no es necesario suspender la lactancia, debe haber vigilancia médica (Moran, 1989).

Puede ser recomendable, pero a la vez relativamente insuficiente bajo ciertas condiciones. Lemons y col. (1989) estudiaron la composición de la leche humana durante lactancia de mujeres que parieron niños a término vs. prematuros. Encontraron diferencias

### Lactancia / Córdoba

(en nitrógeno total y protéico, sodio, clorido, magnesio y hierro) y semejanzas (en nitrógeno no protéico, volumen, sólidos, calorías, lactosa, grasas, ácidos grasos, potasio y calcio) en su composición. Sugirieron que la leche de las mujeres pretérmino resulta mejor para sus hijos inmaduros, siendo simultáneamente deficiente en algunos nutrientes necesarios para los bebés de bajo peso, los cuales deben obtenerse de otros alimentos.

Pero, si bien es cierto que en condiciones normales la lactancia natural es recomendable, algunos índices de amamantamiento varían aparentemente en función de una serie de factores. Pérez (1993) notificó sobre algunos. El autor reunió la información de varios estudios acerca de los patrones de lactancia natural en América Latina y el Caribe (Guatemala, Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia, México, Trinidad y Tobago, República Dominicana y Brasil), y descubrió que en Guatemala y Bolivia prevalece la lactancia por más tiempo y que en México es uno de los países donde la lactancia se suspende primero. También encontró que en todos los países incluidos, los niños de zonas rurales lactan por más tiempo que los de zonas urbanas. Asimismo, resultó que la duración de la lactancia covaría negativamente con el grado de escolaridad y la productividad económica nacional, es decir, tanto a mayor escolaridad como a mayor producto nacional bruto per cápita, es menor el tiempo de lactancia. Otro hallazgo fue que en todos estos países son mucho menos las mujeres que alimentan a sus hijos exclusivamente con leche materna que las que complementan la lactancia natural con formas alternas de alimentación.

Por su parte, Avila y col. (1990) informaron acerca de otros factores. Estos investigadores presentaron los resultados de tres estudios longitudinales-prospectivos que se realizaron con mujeres primíparas entre 1983 y 1987 en diferentes instituciones de salud: el INPER, de la SSA, el Hospital de Gineco-obstetricia No.4, del IMSS, y el Hospital de la Mujer, de la SSA. Su propósito era conocer el riesgo de que estas mujeres no iniciaran o de que abandonaran tempranamente la lactancia, por la influencia de las prácticas hospitalarias, el control prenatal y la educación de salud. Hallaron que cuando las mujeres y sus compañeros presentan escolaridades iguales o menores que 9 años, la mujer trabaja fuera del hogar, deseaba alimentar con fórmula a su hijo, era soltera, se atendía en instituciones que no promueven la lactancia, no asistía a cursos de salud durante el embarazo, se originaba que la lactancia se estableciera por abajo del 20%. Las mujeres que reunían dos o más de estas características, introdujeron sucedáneos antes de la quincena de vida del niño.

Efectivamente, el comportamiento del personal de gineco-obstetricia es un factor a considerar. Una pregunta importante es qué tanto y de qué manera suelen estimular la lactancia materna. Como demostraron Potter y col (1991), aún entre el personal de salud (médicos, enfermeras y parteras) del área rural de México hay conocimiento y opiniones contrarias para favorecer una lactancia prolongada. Varios creen que la lactancia debe suspenderse cuando el niño tiene diarrea, recomendaban la introducción de alimentos complementarios a niños menores de tres meses, se pronunciaban por una pronta

suspensión de la lactancia y desconocían su valor anticonceptivo. Incluso, fueron los médicos los que promovían menos la lactancia. Por esto, los autores expresaron la necesidad de capacitar al personal de salud si éste ha de convertirse en promotor de la alimentación al pecho materno.

Por fortuna, existen programas institucionales para fomentar la lactancia materna. Por ejemplo, en 1991 en La Paz, Bolivia, se difundió una guía de capacitación para promotores de lactancia materna, bajo el Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil. Se desconoce el procedimiento para difundir el contenido de la guía y si ha sido evaluado su impacto, pero evidentemente informa, predispone y habilita a la madre para brindar lactancia.

La intención de la presente investigación, de comparar el comportamiento de las parturientas durante alojamiento conjunto (implementado por la S.S.A. para estimular la lactancia materna y el vínculo materno infantil) vs. durante hospitalización ordinaria, surgió del interés en el tópico y del conocimiento de algunos trabajos psicológicos que demuestran la gran sensibilidad del comportamiento humano, verbal y no verbal, a las distintas situaciones (Bronfenbrenner, 1979; Parke, 1979), y de otros que reconocen el enorme papel de las interacciones en la formación de la subjetividad (Bruner, 1971-1975, 1977; Schaffer, 1978). De acuerdo con los supuestos derivados de estos trabajos, el análisis de las conductas maternas en torno a la lactancia durante las dos modalidades

## Lactancia / Córdoba

de atención hospitalaria por parto y puerperio pretende conducir no sólo a progresar en los conocimientos de la maternidad, sino también a elaborar un discurso fundamentado sobre los límites y ventajas de ambas formas de alojamiento y del programa de lactancia materna de la S.S.A.

Sin embargo, antes de formular los objetivos del proyecto de investigación, véase con pormenores en qué consisten ambas formas de atención hospitalaria y en qué se fundamentan.

Las principales modalidades de internamiento por parto son: el alojamiento conjunto y la hospitalización ordinaria. El ALOJAMIENTO CONJUNTO consiste en general en la permanencia de madre y recién nacido en la misma habitación durante su estancia hospitalaria o, en su defecto, en dar plena libertad a la madre para que se acerque a su bebé en cualquier momento. Hay varios modelos de alojamiento conjunto (Mandl, 1983). Unos son; (1) cuarto privado con el hijo recién nacido, (2) cuarto compartido por cuatro o cinco madres, con sus bebés en un cuarto contiguo con sistema de "cunas-cajón" con corredera que la madre puede acercar hacia sí o regresarlas a su sitio en cualquier momento sin necesidad de levantarse de la cama; (3) habitación compartida por 8 ó 10 madres, con un cuarto de niños detrás de una división de vidrio a prueba de ruidos, y unida por una puerta y una pared de doble cristal, permitiendo la entrada libre de las madres para cuidar a los bebés cuando lo deseen; y (4) espacios reducidos en los que

## Lactancia / Córdoba

las madres pueden, por medio de una cuna rodante, llevar al pequeño a su cuarto siempre que lo desearan (alojamiento de tiempo parcial). El modelo de alojamiento conjunto que actualmente se sigue en algunos hospitales de la S.S.A. es el de habitación compartida por varias duplas madre-neonato (Sala común), (S.S.A., 1991; S.S.A., 1994).

Mandi (1983) menciona que los modelos de alojamiento conjunto favorecen el contacto piel a piel y el amamantamiento. Con el alojamiento conjunto se disminuye el personal necesario para la atención de los recién nacidos, ya que en éste las madres se encargan del cuidado de sus bebés, y se reduce la dependencia de las madres sobre el personal de salud, al ir adquiriendo confianza en sí mismas para cuidar a sus hijos. Incluso el autor menciona que las molestias por cesárea reportadas por las madres son menores.

Según Mandi (idem), las actividades que el personal médico realiza para la práctica del alojamiento conjunto se inician desde el control prenatal, son reforzadas durante el parto y puerperio hasta el egreso de la paciente y están orientadas a promover la lactancia natural a libre demanda.

El "Manual de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna" elaborado por la S.S.A. (1991, 1994) indica una serie de actividades a realizar:

## Lactancia / Córdoba

---

1) Actividades orientadas a la promoción de alimentación a seno materno durante el control prenatal. Se dan a conocer a la madre las cualidades de la leche materna y las ventajas de la lactancia natural. Se enseña a la mujer cómo preparar sus senos para la lactancia durante el embarazo. Se le da orientación sobre los beneficios de no utilizar anestésicos o sedantes durante el trabajo de parto normal. También se le informa sobre la importancia de iniciar la alimentación a seno inmediatamente después del nacimiento, y se le indica cómo continuarla si trabaja fuera del hogar.

2) Actividades para favorecer tanto el contacto precoz entre madre e hijo después del parto, como el inicio inmediato de la lactancia a seno materno. Se evita el uso de anestésicos y sedantes durante el trabajo de parto normal cuando no son estrictamente necesarios, con el fin de facilitar la recuperación pronta de la madre. Se acerca el niño a la madre para que lo observe, lo tome y lo acaricie inmediatamente después del nacimiento, siempre que su "Apgar" (una evaluación general del estado del recién nacido desarrollada por la especialista Apgar) sea de 7 ó más, con la finalidad de favorecer el contacto precoz entre madre e hijo.

Se continúa con la valoración del recién nacido y mientras tanto se le explica a la madre la importancia y los beneficios que trae la lactancia desde los primeros minutos de vida. Una vez que se han llevado a cabo la valoración, la somatometría y la prevención de la oftalmía purulenta del niño, es entregado nuevamente a la madre para que intente darle el pecho, cuando ninguno de los dos presenta alguna complicación. Se completa la

asistencia a la puérpera y al recién nacido y se procede a pasarlos al alojamiento conjunto si no existe contraindicación, bajo los siguientes criterios:

Para la madre: (1) que el parto haya sido normal, (2) que los signos vitales sean normales en el posparto, (3) que no se encuentre bajo efectos de la sedación o anestesia, (4) que no presente enfermedades infectocontagiosas, y (5) en caso de cesárea, esperar a que se encuentre recuperada, lo cual sucede aproximadamente después de 6 horas.

Para el recién nacido: (1) que tenga edad gestacional mayor de 36 semanas, (2) que el peso sea adecuado a su edad gestacional, (3) que esté sano y con calificación de Apgar de 7 ó más a los 5 minutos de nacido, y (4) que al nacimiento pese más de 2 kg. Pero, (5) si el recién nacido es de pretérmino y no existe contraindicación para iniciar la alimentación, se extraerá la leche materna, para darla con alimentador o sonda orogástrica. Además, (6) si se obtuvo por cesárea, o fue producto de trabajo de parto prolongado y aplicación de fórceps, se deben descartar previamente las posibles complicaciones en el curso de las primeras 3 a 6 horas.

El alojamiento conjunto fue propuesto en 1989 y se pretendió que a partir de 1990 operara en todo el país y que a partir de 1994 el 90 % de las unidades de primero y segundo nivel ya estén aplicando este tipo de atención materno-infantil.

En la modalidad de HOSPITALIZACION ORDINARIA para la atención del nacimiento, intervienen por lo menos las especialidades de obstetricia y pediatria. Una vez terminada

la atención del nacimiento, se procede a enseñar el recién nacido a su madre, con una breve explicación de sus condiciones al nacer y posteriormente se pasa a cada uno a salas diferentes, independientemente de su estado de salud. La madre pasa a una habitación sola o con otras mujeres para vigilancia y control de su evolución del puerperio, en tanto el niño es llevado a un cunero de transición o fisiológico para continuar su atención. A la madre se le permite observar a su hijo a través de un cristal, o bien que se lo lleve por unos minutos a su habitación mientras permanece internada. El tiempo de hospitalización varía desde horas hasta días, dependiendo del tipo de parto y de la recuperación de la madre en el puerperio.

En estos casos, la alimentación del recién nacido durante el internamiento es a base de leche industrializada. El personal de enfermería se encarga de darle el biberón, cambiarle los pañales y, en general, de su higiene y cuidados. Con este procedimiento no siempre es posible que se pueda aprovechar el calostro materno, que en el primer día contiene casi el doble de uno de los anticuerpos más importantes, la Inmunoglobulina A Secretora, cuyos niveles bajan y se estabilizan a partir del segundo día.

De acuerdo con los datos de las encuestas practicadas y reportadas en el Manual de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna editado por la S.S.A., en 1991, se encuentra

## Lactancia / Córdoba

que para 1978 un 22% de las madres no iniciaron la lactancia a seno, y las que si lo hicieron lo abandonaron antes de los 3 meses. En 1985, se encontró que el 3% de las mujeres que acudían a los servicios de salud del I.M.S.S., I.S.S.S.T.E. y S.S.A. en el Distrito Federal, no iniciaron la alimentación a seno materno; y la Encuesta Nacional de Salud de 1988 reveló que un 19% de mujeres no la iniciaron, 15% amamantaron menos de 1 mes y el 25% lo hicieron de 1 a 3 meses.

Sobre la base de tales estudios, el presente estudio se centra en el análisis del comportamiento de la mujer gestante en ambas modalidades de estancia hospitalaria por parto y puerperio: la hospitalización ordinaria vs. el alojamiento conjunto posparto madre-hijo (tal como lo implementa la propia S.S.A.). La comparación entre las dos modalidades de atención hospitalaria gineco-obstétrica se fundamenta en el reporte de las propias mujeres que permanecen por parto y puerperio en un hospital que cuenta con el alojamiento conjunto y las que estuvieron en otro hospital que brinda la atención gineco-obstétrica convencional.

En el estudio reciente de Sapién, Córdoba y Morales (1996). Se comparó el alojamiento conjunto y la hospitalización ordinaria en hospitales públicos y privados y se analizó la incidencia de algunos factores sobre la lactancia materna. Fue un estudio retrospectivo con mujeres de la zona metropolitana cuyo último o único hijo era menor de tres años. Se encontró que, las condiciones de Alojamiento conjunto superaron a las de

## **Lactancia / Córdoba**

Hospitalización Ordinaria en varios aspectos (tiempo para la primera tetada, prevalencia de la lactancia, ofrecimiento del seno como primer alimento, entre otros). También se descubrió que el tipo de parto y las creencias maternas sobre lactancia afectan la práctica del amamantamiento. Esta investigación fue fundamental puesto que es una base para la comparación de la modalidad de hospitalización por parto y la lactancia materna, sin embargo, el presente reporte se realizó en hospitales públicos solamente, fue un estudio circunscriptivo y se entrevistó a la madre durante su estancia hospitalaria con su hijo recién nacido.

### **Objetivo General:**

Analizar el comportamiento materno en relación al inicio de lactancia, durante la hospitalización materna por parto y puerperio en dos modalidades: alojamiento conjunto y hospitalización ordinaria.

### **Objetivos Específicos:**

- (1) Comparar los efectos del programa de lactancia materna en el alojamiento conjunto con los efectos de la hospitalización ordinaria sobre el inicio de lactancia y otras conductas en relación al recién nacido.
- (2) Enunciar las ventajas y desventajas de la práctica de la lactancia materna de cada una de las modalidades de hospitalización por parto y puerperio.

Se elaboraron categorías para describir: las experiencias narradas por las madres contemplando su contenido cognitivo, afectivo y conductual. Se parte del supuesto de que, tanto los vivencias como las conductas de las parturientas, pueden ser sensibles a las modalidades de atención hospitalaria y ser útiles para dar una semblanza objetiva de la naturaleza de las experiencias tempranas del inicio de lactancia y su prevalencia que ambas situaciones proporcionan.

Las formas de descripción del comportamiento materno se generaron a **posteriori**, a partir de la literatura y de las propias entrevistas realizadas en su oportunidad. Como anticipo, puede decirse que se incluyeron categorías de acciones como: "preparativos para la lactancia", "frecuencia de amamantamiento", "tipo de alimentación en el hospital", "preferencia de postura para lactar", entre otras.

### **MARCO TEORICO**

Los supuestos teóricos principales del presente estudio, se derivan de varias investigaciones y ensayos precedentes acerca del desarrollo psicológico en general y de las aportaciones sobre investigación evaluativa realizada por algunos autores como Vandale, Reyes, Montaña, López y Vega (1992). Merece destacarse como básico para evaluar los efectos de la hospitalización en alojamiento conjunto y hospitalización ordinaria

sobre el comportamiento materno y el inicio de lactancia, el modelo de investigación evaluativa propuesto por Weiss (1992).

También son básicos los estudios que podrían denominarse socio-genéticos (por ejemplo; Labov, 1980; Bronfenbrenner, 1979; Pedersen, 1981; Parke, 1979; entre otros). Estos fueron útiles en la fundamentación teórica del estudio porque comparten la suposición de que el comportamiento se da en relación a determinados contextos sociales, situaciones o escenarios y circunstancias personales.

De acuerdo con ellos, la madre es un sujeto en desarrollo, como lo es el niño y cualquier persona, cuyo comportamiento puede comprenderse parcialmente implicando aspectos contextuales y subjetivos.

Sin embargo, en la investigación también se sostiene que el análisis de las significaciones sociales, y las valoraciones, deben formar parte del estudio de la constitución o formación de la subjetividad.

Sobre estos supuestos se fundamenta nuestro estudio acerca del comportamiento de las madres, en uno de los momentos claves de su existencia, por lo menos en nuestra sociedad, como es el de tener un parto e iniciar la lactancia materna.

### **PREGUNTA GENERAL**

¿Qué modalidad de hospitalización, alojamiento conjunto vs. hospitalización ordinaria, proporciona a la mujer mejores condiciones para el inicio y prevalencia de la

**lactancia materna y para la manifestación de comportamiento maternal en relación al recién nacido?**

## **M E T O D O**

### **Sujetos**

La población de estudio fueron cien mujeres que asistieron a dos instituciones hospitalarias de la zona metropolitana por motivo de parto. Se formaron dos grupos, uno de cincuenta mujeres bajo la modalidad de hospitalización en alojamiento conjunto y otro de cincuenta mujeres en hospitalización ordinaria. Los últimos 50 sujetos pertenecieron a un hospital del I.S.S.S.T.E., y aquellos otros 50 a un Hospital de la S.S.A.

Para la realización de la investigación se siguieron los siguientes criterios:

- (1) De inclusión: (a) asistencia al hospital respectivo por motivo de parto, (b) parto sin complicaciones materno-infantiles, (c) tener cuando menos 24 hrs. de recuperación postparto sin complicaciones y (d) participación voluntaria en la investigación.
- (2) De exclusión: (a) complicaciones de salud, (b) horarios inasequibles, (c) negación a la participación y (d) diversas eventualidades. (3) De eliminación: (a) muerte materno-infantil, (b) entrevistas inconclusas o técnicamente defectuosas.

El total de la muestra cumplió con los criterios, dadas las condiciones y motivo de hospitalización.

Las características generales de la población de ambos grupos, como son edad, ocupación, escolaridad, estado civil, lugar de origen aparecen en las Figuras 1, 2, 3, 4, 5,

## **Lactancia / Córdoba**

---

---

y 6, respectivamente. Otras, como número de hijos, sexo del bebé, y edad de menarquía y de inicio de vida sexual se muestra en las Figuras 7, 8, 9 y 10, respectivamente.

### **Situación o Lugar**

Las entrevistas se realizaron en el Piso de Gineco-obstetricia de cada hospital. Se entrevistó a cada mujer en la cama correspondiente, asignada en el hospital.

### **Materiales, Aparatos e Instrumentos**

Se utilizó formato de entrevista validado por la investigadora (Ver anexo 1), hojas para la recolección de información y codificación de los datos.

Se trabajó con equipo y material de cómputo para la elaboración y transcripción de la entrevista, y para el análisis de los resultados. Se utilizaron los programas SPSS para Windows, Word Perfect y Harvard Graphics.

### **Procedimiento**

Se realizaron los trámites correspondientes para el ingreso a los hospitales. Con la autorización del Jefe de Servicio de Ginecología de cada Hospital, se dio aviso al personal encargado del piso correspondiente para asistir a las salas de Ginecología.

Se capacitó al personal de psicología que colaboró en la aplicación de las entrevistas, de acuerdo a las normas hospitalarias correspondientes.

Se hizo una prueba piloto con el fin de validar y modificar la entrevista, utilizada en un estudio previo sobre Lactancia (Sapién, Córdoba y Morales 1995) y realizar los ajustes pertinentes para la precodificación de los datos. Se realizaron las modificaciones y ajustes a las entrevistas y se validaron mediante un estudio piloto llevado a cabo con un total de 30 madres, tomando 15 de cada hospital participante.

Se aplicó la entrevista a todas las mujeres del estudio. Se transcribieron las entrevistas mediante el equipo de cómputo, para posterior codificación. Los horarios de entrevista se ajustaron para no interferir con los horarios de visita familiar y con los horarios de egreso de las pacientes. Del total de ítems que contenía la entrevista se eligieron los más vinculados al Programa de Lactancia y a algunos aspectos psicológicos relevantes dentro de la estancia hospitalaria por motivo de parto. Las entrevistas se realizaron durante el primer semestre de 1996.

Una vez completos los grupos se categorizaron las variables y se analizaron mediante el programa SPSS para Windows. La codificación de las entrevistas se aceptó en base a un índice de concordancia entre codificadores igual o superior al 85% e intracodificadores igual o superior a 90%.

Se utilizó un diseño circunscriptivo, transversal y descriptivo (Méndez, Guerrero, Altamirano y Sosa; 1990). Se estableció la correlación de diferentes variables de

comportamiento materno con el tipo de hospitalización (hospitalización ordinaria y alojamiento conjunto) mediante la prueba de Chi cuadrada.

### **Hipótesis del estudio**

Se partió de la hipótesis de encontrar diferencias en cuanto a la lactancia materna a partir de las experiencias y las conductas de las púerperas dependiendo de la modalidad de estancia hospitalaria y de algunas características o peculiaridades propias.

Esta hipótesis se evaluó a partir de la comparación entre los dos grupos de investigación y de algunas variables que permitieron conocer cómo se estaba implementando el programa de lactancia materna en cada hospital según la opinión de las madres.

Las dos modalidades de hospitalización que se evaluaron fueron:

**Hospitalización Ordinaria:** La madre y el neonato permanecen separados en salas independientes durante su estancia hospitalaria. La madre puede ir por su hijo y trasladarlo en una cuna rodante hasta su cama durante períodos que varían en horarios y llevarlo nuevamente a cunero.

**Alojamiento Conjunto:** La madre y el neonato permanecen juntos durante su estancia hospitalaria, junto con otras madres en las mismas condiciones. El bebé puede

## **Lactancia / Córdoba**

---

---

estar en su cuna que está junto a la cama de la madre o bien permanecer en la cama de la madre.

A continuación se describen las variables a las que se les aplicó la prueba estadística.

1. Información sobre lactancia: Platica formales o informales que reciben las madres en el hospital por parte del personal médico, familiares y puérperas relacionada con la lactancia de su hijo.

2. Preparativos para lactar: Las actividades que las madres consideran necesarias antes de ofrecer el seno para la alimentación del bebé.

3. Tiempo de inicio de lactancia: Comprende el tiempo que transcurre desde el nacimiento del bebé hasta que la madre ofreció por primera vez el seno materno.

4. Tiempo de bajada de la leche: Comprende el tiempo que transcurre desde el nacimiento del bebé hasta que la madre tiene producción láctea.

5. Frecuencia de amamantamiento al día: El número de veces que la madre lacta a seno a su bebé durante las 24 horas del día.

6. Duración de amamantamiento en cada seno: El tiempo que transcurre mientras la madre alimenta a su hijo sin cambiarlo de seno.

7. Tipo de alimentación del bebé: Diferentes formas de alimentar al neonato en el hospital.

8. Alimentación del bebé preferida por la madre: La forma en que a la madre le gustaría administrarle la leche al bebé.

9. Opinión sobre el alimentar con biberón: Comentario de las madres sobre las ventajas y desventajas de administrar la leche por medio del biberón.

10. Preferencia de postura para lactar: La forma como se acomoda la madre para amamantar a su bebé.

11. Motivos de preferencia de postura para lactar: El porqué de la forma acerca de las diferentes topografías para amamantar al bebé.

12. Dificultades para lactar: Opinión de la madre acerca de si presenta algún problema para amamantar.

13. Tipo de dificultades para lactar: Comentarios sobre diferentes problemas que presentan las madres durante la lactancia.

14. Prevención o tratamiento de grietas en mamas: Opinión acerca de cómo resolver el problema de agrietamiento del pezón al iniciar la lactancia como consecuencia de la succión y humedecimiento por la saliva del bebé saliva del bebé.

15. Beneficios para la madre por lactar: Creencias acerca de las ventajas que ofrece la lactancia para la mujer.

16. Beneficios de lactancia materna para el bebé: Creencias acerca de las ventajas de la alimentación del bebé por medio de la lactancia a seno.

17. Prevalencia pretendida de lactancia: El tiempo que las madres amamantarán a su bebé.

18. Prevalencia ideal de lactancia: El tiempo que a las madres les gustaría amamantar a su bebé.

19. Sustitutos eventuales de la leche materna: Aquellos líquidos que las madres utilizarían en algunas ocasiones en las que no dieran leche materna.

20. Medidas a favor de la lactancia: Opiniones acerca de cuáles serían aquellas actividades que las madres realizarían para mantener la producción de leche materna para prolongar la lactancia a seno.

21. Sentimientos al lactar: Opinión sobre lo que para la madre representa el amamantar a su bebé.

22. Pensamientos al lactar: Opinión de la madre sobre el tipo de experiencia cognitiva que representa amamantar a su bebé.

## **RESULTADOS**

De acuerdo a los resultados obtenidos, se dividió la información en tres apartados: primero se presenta la descripción general de la población estudiada, segundo se exponen los hallazgos sobre la evaluación del programa de lactancia y tercero se muestra el análisis estadístico aplicado a las variables de comportamiento materno y su correlación con el tipo de hospitalización (hospitalización ordinaria ó alojamiento conjunto).

### **I. DESCRIPCION GENERAL DE LA POBLACION ESTUDIADA**

Del total de las madres que participaron 53 eran originarias del D.F., el resto se distribuye en 10 estados de la República (Estado de México, Oaxaca, Hidalgo, Veracruz, Guanajuato, Puebla, Jalisco, Michoacán, Baja California Norte y Tlaxcala), (ver figura 1).

La edad promedio de las madres participantes fue de 26.5 años, teniendo la más joven 16 años y la de mayor edad 40 siendo en promedio más jóvenes las madres que asistieron al hospital de la S.S.A. En general son más jóvenes las madres que acuden al hospital de la S.S.A., respecto de las del hospital en donde la población es derechohabiente (ver figura 2).

La principal ocupación de las madres participantes es el hogar, 57 de ellas se dedican solamente a actividades en su casa, siendo 39 del hospital de la S.S.A..

### **Lactancia / Córdoba**

---

---

Enseguida están las que son empleadas federales, por el tipo de hospital que es para trabajadores del estado dando un total de 34, aquí solamente una aunque era derechohabiente no asistió al hospital que le correspondía, sino que se presentó al hospital de la secretaria de salud. Las otras madres tienen como ocupación autoempleos principalmente comerciantes, empleadas en comercios, trabajadoras domésticas y una de ellas era estudiante (ver figura 3).

En cuanto a su escolaridad, encontramos que tienden a tener menor escolaridad las mujeres que asisten al hospital de la secretaria de salud. Se encontró que la mayoría han realizado estudios comerciales y el resto ha tenido estudios en los diferentes niveles escolares, la mayoría sin concluirlos, solamente 5 terminaron estudios de licenciatura y pertenecieron a la población derechohabiente (ver figura 4).

Respecto al estado civil, el que se presentó con más frecuencia fue casadas por civil, ocupando la mayoría por parte del hospital del I.S.S.S.T.E. y el de menor frecuencia fue soltera, siendo mayor esta población en la S.S.A. (ver figura 5).

De la población en estudio se encontró que la mayoría eran primigestas aunque algunas que habían tenido hasta ocho hijos. Aquí se muestra el lugar que ocupa el recién nacido respecto al número de hijos (ver figura 6).

## **Lactancia / Córdoba**

En cuanto a la edad de menarquía se observa que no hay mucha diferencia en ambos grupos, siendo en el hospital de alojamiento conjunto en donde se distribuyeron las mujeres de mayor y menor edad (ver figura 7).

Se puede ver que las mujeres que acuden al hospital de la S.S.A. inician su vida sexual activa a más corta edad, concentrándose principalmente entre los quince y veinte años, y en las pacientes que acuden al I.S.S.T.E. se observa la mayor concentración entre los diecisiete y veintitrés años (ver figura 8)

También se obtuvo como dato que de los 100 bebés hubo más de sexo masculino en alojamiento que de sexo femenino (ver figura 9).

## **II. Modalidad de hospitalización, Comportamiento Maternal y Programa de Lactancia.**

Recibieron información sobre lactancia. Fueron muy pocas madres de alojamiento conjunto que no recibieron información respecto de las de hospitalización ordinaria. El contenido de la información recibida se centró principalmente sobre cómo cargar al bebé para facilitar la lactancia dependiendo del tipo de parto, recomendaciones higiénicas, y la alimentación a seno como opción. Cabe señalar que debido al programa de lactancia que

## Lactancia / Córdoba

---

se sigue en el hospital con la modalidad de alojamiento, se observó diferencia entre las madres que recibieron orientación sobre los aspectos mencionados respecto a las de hospitalización ordinaria.

En ambos hospitales se ha implementado la clínica de lactancia materna, que es un espacio en el cual proporcionan información a las madres sobre diferentes aspectos de la lactancia. Dado que en el alojamiento conjunto no se utiliza el biberón para la alimentación de los recién nacidos, excepto para aquellos que tienen problemas de salud y se refuerza la alimentación exclusiva a seno, encontramos que aunque todas las madres alimentaban con seno a su bebé, la mayoría sí recibió información. También hay madres que no recibieron información por parte del personal médico, sino que ésta la adquirieron por medio de familiares o de la asistencia al curso psicoprofiláctico (ver tabla 1).

**Preparativos para lactar.** A partir de la información recibida por parte del personal médico, las madres comentaron que lo más importante antes de ofrecer el seno a los bebés es la limpieza de los senos y lavarse las manos, esto se observa en ambas modalidades de hospitalización. También consideran que es importante darse masaje en los senos antes de iniciar la lactancia como una manera de facilitar que el bebé succione sin dificultades y aminorar las molestias por la congestión propia de los senos antes de lactar. Y la combinación de limpieza y masaje son las mejores condiciones para alimentar a su bebé. Aunque también hay algunas mujeres que no saben que hacer antes de darle de comer a su recién nacido. Otras ofrecen opciones diferentes como preparativos:

## **Lactancia / Córdoba**

---

---

verificar que tenga hambre, cargarlo, formar el pezón para que no se lastimen en el momento de la succión (ver tabla 2).

**Tiempo de inicio de lactancia.** Existe una importante diferencia en el inicio de la lactancia ya que las mujeres hospitalizadas en alojamiento conjunto iniciaron la lactancia en la sala de recuperación independientemente de si el parto fué fisiológico o quirúrgico y las de hospitalización ordinaria la iniciaron estando en piso y dependiendo del tipo de parto, que tan pronto estuvieron junto con su bebé para alimentarlo a seno (ver tabla 3).

**Tiempo de Bajada de la leche.** Varias señoras comentaron que durante el embarazo habían presentado a observar gotas o presencia de leche, y el tiempo en que se presentó la baja de la leche varió entre la media hora postparto hasta las 24 horas, incluso algunas mujeres comentaron que no tenían leche.

Es importante señalar que las madres en alojamiento conjunto tuvieron en general la bajada de leche en menos tiempo e iniciaron la lactancia materna de manera más pronta (ver tabla 4).

**Frecuencia de amamantamiento al día.** En este punto se observan grandes diferencias en cuanto a las opiniones de las madres de alojamiento conjunto respecto a las otras madres de hospitalización ordinaria, siendo prevaleciente la alimentación a seno a libre demanda, sin restricción de horario en el hospital de la Secretaría de Salud. En

hospitalización ordinaria comentan que debe haber un horario para la alimentación siendo este principalmente cada tres horas (ver tabla 5).

Duración de amamantamiento en cada seno. El tiempo de dejar que el bebé se alimente en cada seno presentó diferentes opiniones, observándose principalmente en la alojamiento la opinión de dejarlo hasta que este satisfecho en un seno, para cambiarlo al otro seno y dejar también que quede satisfecho. O bien dejar que el bebé se alimente hasta que la madre sienta que el seno ya no tienen leche (flacidez y sin congestión). Las otras opiniones estuvieron más bien determinadas por un rango de tiempo que va desde los cinco minutos hasta la media hora, siendo las de mayor frecuencia aquellas que están alrededor de los quince minutos situación que es más frecuente en la hospitalización ordinaria debido a la información que ahí se proporciona (ver tabla 6).

Tipo de alimentación del bebé. En cuanto al tipo de alimentación ofrecida por las madres a sus neonatos en el hospital encontramos una gran diferencia entre las modalidades de hospitalización ya que todas las madres de alojamiento conjunto alimentaron exclusivamente con seno. Mientras que las de hospitalización ordinaria algunas alimentaron con seno, con biberón, seno y biberón (ver tabla 7).

Alimentación del bebé preferida por la madre. Durante la estancia hospitalaria las madres prefieren la alimentación a seno, observándose un poco más en alojamiento

conjunto. Sin embargo, algunas madres opinan que les gustaría poder alimentarlos también con biberón mientras se recuperan del parto, o porque van a reintegrarse a sus actividades laborales y no desean que el bebé se acostumbre al seno únicamente pues se les va a hacer más difícil introducir posteriormente el biberón cuando tengan la necesidad de alimentarlo otras personas que se van a encargar del cuidado cuando ella tenga que estar fuera de casa, esta opinión se presentó con mayor frecuencia en la modalidad de hospitalización ordinaria. Y algunas señoras de hospitalización ordinaria comentaron que les gustaría alimentar exclusivamente con biberón, aunque reconocen las cualidades de la leche materna, comentan que existen leches maternizadas que han utilizado para la crianza de otros hijos (ver tabla 8).

Opinión sobre el alimentar con biberón. Las opiniones de la alimentación con biberón se observó en la hospitalización ordinaria más variada: no les gusta alimentarlos con biberón porque jalan aire, es bonito, prefieren el seno, o que es riesgoso. Mientras que las madres en alojamiento coincidieron en que no podían opinar porque solamente habían alimentado al bebé con seno, situación que algunas madres consideran que debería tomarse en cuenta la opinión y decisión de la madre sobre el tipo de alimentación de su hijo. Principalmente externaron estos comentarios las madres que habían presentado algunas dificultades durante la lactancia con otros hijos y que consideraban que se repetirían en esta ocasión (ver tabla 9).

Preferencia de postura para lactar. La mayoría prefiere lactar estando sentada, algunas acostada y otras más les es indiferente la postura para amamantar ya que el objetivo es alimentar a su hijo y que no se lastimen ellas o por lo menos que no llore por hambre. Cabe señalar que las madres que estuvieron en alojamiento conjunto mostraron mayor preferencia que las de ordinario por lactar acostadas, esto es por el hecho de tener a su bebé en la misma cama junto con ellas durante toda su estancia hospitalaria posparto. En hospitalización ordinaria, se observa que las madres prefieren más amamantar sentadas y esto se debe a que el tiempo de convivencia con el recién nacido es menor por lo tanto el tiempo de acoplamiento madre-hijo es más tardío (ver tabla 10).

Motivos de preferencia de postura para lactar. La postura para lactar responde principalmente a razones de comodidad para la madre, y a que desconocen las alternativas de posturas para acomodar al bebé y que se les facilite el cargarlos sin lastimarse ellas y a la vez sentirse seguras de que están cargando bien al hijo y comentan que no hay otra forma de tener al bebé mientras lo lactan. Algunas dicen que les es indistinta la postura y que no tienen preferencia por ninguna. Otras se acomodan mejor del lado derecho o izquierdo ya sea porque son diestras, zurdas, tienen mejor formado el pezón de un lado que de otro, o sienten que les sale más leche (ver tabla 11).

Dificultades para amamantar. Aproximadamente la mitad de las mujeres dijeron no tener dificultades para lactar y la otra parte reportó si presentar algunas dificultades. Siendo realmente poca la diferencia entre modalidades de hospitalización (ver tabla 12).

Tipo de dificultades para amamantar. A pesar de que varias madres reportaron no tener dificultades, las que dijeron si presentar algunas comentaron que tenían dolor por la succión, no tener suficiente leche o ser muy escasa y de acuerdo a la percepción de ellas el bebé requería mayor cantidad de leche para satisfacerse. Otra es el no tener formado el pezón para la succión y les lastima que el bebé jale y apriete para alimentarse. Algunas madres de ambos hospitales comentaron que la cesárea les dificultaba el poder cargar al bebé para alimentarlo y que no conocían alternativas de posturas para no lastimarse (ver tabla 13).

Prevención o tratamiento de grietas en mamas. Un problema que se presenta al iniciar la lactancia es el agrietamiento de los pezones, aquí las mujeres de hospitalización ordinaria opinaron que se deben poner lubricantes para evitar dicho problema, dentro de las opciones de lubricantes se encontró: aceites, cremas y pomadas. Otras comentaron que deben ponerse leche materna en el pezón y aureola. Algunas más dijeron que debían aguantarse hasta que se acostumbraran o bien ponerse alcohol, utilizar pezonera, fomentos de agua tibia y pocas acudirían al médico. Finalmente otras madres que ya

## Lactancia / Córdoba

tenían hijos mencionaron que no creían presentar éste problema porque ya habían amamantado y no se les habían tenido grietas (ver tabla 14).

**Beneficios para la madre por lactar.** Muchas madres no conocen ningún beneficio para ellas por lactar y principalmente las respuestas están dirigidas al neonato, comentando que el beneficio para ellas es que el bebé este sano, no contraiga enfermedades, algunas no saben si realmente se pueda hablar de beneficios. Otras lo ven en términos de que se estrecha la relación con el hijo. Y algunas más lo refieren como una forma de prevención de cáncer mamario, y recuperación materna postparto más rápida (ver tabla 15).

**Beneficios de lactancia materna para el bebé.** Los principales beneficios que las madres ven hacia el bebé por ser alimentados con seno son, que es el mejor alimento por ser lo más natural, se estimulan las relaciones afectivas, es cómodo pero principalmente se considera que es en benéfico para la salud del bebé, (ver tabla 16).

**Prevalencia Pretendida de lactancia.** El tiempo que van a alimentar al recién nacido es aproximadamente de cuatro a seis meses, observándose que hay algunas discrepancias en el tiempo ya que algunas madres lo harán desde un mes hasta dos años, en general se observó que las madres de alojamiento tienden a comentar que la duración

## **Lactancia / Córdoba**

de la lactancia va a ser por más tiempo respecto a las madres de hospitalización ordinaria (ver tabla 17).

**Prevalencia Ideal de lactancia.** La opinión de las madres respecto a cuánto tiempo les gustaría poder amamantar a su bebé depende de ciertas condiciones de vida, entre estas las madres que depende de trabajos con horarios fijos, aunque tengan algunas prestaciones para la lactancia opinan que el trabajar y contar con un tiempo limitado por las licencias médicas y el ingreso de los bebés a guarderías son factores que según su opinión limitan las posibilidades para seguir una lactancia prolongada de acuerdo a lo que desearían. A diferencia de las madres que son empleadas domésticas, amas de casa, o con horarios flexibles que les permite estar con el bebé con mayor facilidad en los tiempos de alimentación.

La mayoría opinan que amamantarían lo más que se pudiera, y esto varía entre tres meses y un año. Otras comentan que amamantarían hasta que salieran los dientes para que no la lastime el bebé, o hasta que se les acabe la leche (ver tabla 18).

**Sustitutos eventuales de la leche materna.** La mayoría opinó que en caso de tener problemas para amamantar utilizarían como sustituto leche maternizada en biberón. Algunas acudirían con el médico para preguntar qué hacer, otras insistirían para no suspender la lactancia materna, y la minoría utilizarían leche descremada, té, ó atole (ver tabla 19).

Medidas a favor de la lactancia. Una preocupación de las madres es la escasez de leche durante su estancia hospitalaria y comentan diferentes alternativas para ir aumentando la producción de leche para satisfacer las necesidades de alimentación del bebé. Algunas mencionaron que no tenían ninguna dificultad en cuanto a la cantidad de leche que tenían y que conforme iban pasando los días iban a tener más leche, por que ya habían tenido hijos o porque les habían dado información. Otras dijeron que lo que se debe hacer es seguir insistiendo para que el bebé se alimente del seno, algunas comentaron que es conveniente consumir líquidos (agua, leche, atole), estimularse con masaje, formando el pezón para que el bebé se acomode y secciona mejor o preguntarle al médico qué hacer (ver tabla 20).

Sentimientos al lactar. Existen diferentes sentimientos que les genera a las madres el lactar a su bebé, independientemente de si son primerizas o multiparas, la mayoría comentan que es bonito poder lactar a su hijo, para otras es doloroso, algunas opinan que refuerza el afecto, otras sienten culpa por no satisfacer el hambre de su bebé, sienten cosquillas o simplemente no sienten nada (ver tabla 21).

Pensamientos al lactar. En el momento de estar amamantando se ponen a pensar en diferentes cosas, como que crezca grande, que es la leche que necesita, que todavía está en el vientre, que les gustaría ver si se está alimentando porque con el seno no se puede ver la cantidad de leche que está consumiendo, que lo están conociendo y se

centran en observar cómo es su bebé, también piensan que es algo raro el alimentar a su bebé por ser una actividad que antes no habían realizado o que ya había pasado mucho tiempo que no lo hacían (ver tabla 22).

### **III. Correlación del tipo de hospitalización (hospitalización ordinaria o en alojamiento conjunto) con las variables de comportamiento materno.**

Después de la aplicación de la prueba estadística de Chi cuadrada se encontró que de las veintidós variables de comportamiento materno las que se encuentran correlacionadas con el tipo de hospitalización de alojamiento conjunto fueron trece variables (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 19, y 20) que fueron muy significativas y otras cuatro que fueron significativas (10, 15, 18 y 22), (ver tabla 23). Por lo tanto se puede decir que el tipo de hospitalización en la modalidad de alojamiento conjunto favorece las condiciones para implementar el Programa de Lactancia Materna de la S.S.A.

## **DISCUSION**

A partir del reporte de las usuarias del servicio podemos decir que la modalidad de hospitalización en alojamiento conjunto respecto de la de hospitalización ordinaria, representa para las madres una forma de atención hospitalaria que puede tener ventajas si se lleva a cabo de acuerdo a los objetivos que el programa de lactancia materna de la S.S.A. señala, comentaremos algunos aspectos relevantes respecto al comportamiento maternal en relación a la lactancia y el programa mencionado.

**Información sobre lactancia.** Para la población que acude a hospitalización en alojamiento conjunto representó una aportación importante recibir información sobre lactancia, algunos datos semejantes se encuentran en el estudio de Andolsek (1984), ya que el tener información en el hospital durante la estancia por puerperio, puede favorecer la disminución de enfermedades en el recién nacido. Respecto de la población de hospitalización ordinaria, para varias madres el recibir información complementó la información que ya tenían, se observa esta diferencia en cuanto a la complementación pues varias madres han tenido instrucción escolar relacionada con la salud y otras habían acudido a consulta prenatal de manera más frecuente por la facilidad de no tener que pagar por ser un servicio contemplado dentro de sus condiciones de trabajadores del Estado. Sin embargo, debe considerarse como señala Potter y col (1991), la constante

capacitación y actualización del personal de salud (médicos y enfermeras), por ser quienes se encargan principalmente de promover la alimentación a pecho, dentro de los hospitales.

**Preparativos para la lactancia.** El énfasis sobre aspectos de higiene para la lactancia en ambos hospitales refuerza las medidas preventivas de enfermedades gastrointestinales en los bebés. Consideramos que es muy importante que a las madres se les oriente sobre medidas higiénicas ya que es un factor que origina muchas enfermedades y al estar conscientes de las medidas mínimas que disminuyen la presencia de infecciones ocasionadas por un mal manejo de la higiene puede favorecer a que el estado de salud de su hijo se mantenga en condiciones que redundaran en beneficio para la diada madre-hijo y para la familia en general. Adicionalmente se ha encontrado que las madres tienden a establecer conducta táctil durante los períodos de alimentación (Alberts, Kalverboer y Hopkins 1983; y Millot 1988), lo cual si no se realiza en condiciones de higiene representa para el bebé un riesgo si la madre no mantiene las condiciones de higiene apropiadas.

**Inicio de lactancia.** Es importante señalar que por las condiciones de alojamiento conjunto la lactancia se inicia en la sala de recuperación bajo ciertos criterios como señalan Reyes (1989) y Moran (1989) puesto que existen algunas situaciones en las cuales está contraindicada la lactancia o ésta debe ser bajo vigilancia médica dado el

## **Lactancia / Córdoba**

---

---

estado de salud de la madre. Asimismo, coincidimos con Rodríguez-Arguelles (1977) y con Bravo (1989b), en el sentido de considerar que la práctica de lactancia debe ser una decisión prenatal. No se cuestionan las ventajas de salud y establecimiento del vínculo materno-infantil, pero si el hecho de que para varias madres representa una situación emocional para la cual no están preparadas y tiene o puede tener consecuencias en la relación posterior con su hijo.

**Bajada de leche.** Las condiciones que favorecen el que la madre tenga producción láctea más tempranamente y se pueda aprovechar la Inmonoglobulina "A" Secretora (Manual de la S.S.A. 1991,1994), son indiscutiblemente aquellas de contacto inmediato con el recién nacido, las cuales se presentan solamente en el alojamiento conjunto.

**Tipo de alimentación en el hospital.** La alimentación a libre demanda que se sigue en el alojamiento conjunto representa para aquellas madres que no presentan ninguna dificultad en la lactancia, beneficios tanto en la salud del bebé como en la relación materno-infantil. Pero para las que sí reportan agrietamiento o dolor por amamantar se convierte en una situación incómoda y en ocasiones lleva al abandono temprano de la lactancia, por lo que se sugiere poner atención en estos casos, para disminuir las molestias en la madre y que realmente se pueda establecer una relación afectiva positiva (Bravo 1989b).

En el caso de la hospitalización ordinaria son menos las mujeres que reportan dificultades debido a que la alimentación a seno no tiene la misma frecuencia, pero no por esto se dejan de presentar dificultades en la lactancia por lo tanto se sugiere la misma recomendación que en el caso anterior.

**Frecuencia de amamantamiento al día.** El tiempo que es ofrecido el seno para la alimentación del neonato varía de acuerdo al tipo de información recibida en ambas modalidades de hospitalización, pero también participan de manera importante las creencias, experiencia e influencia de información de familiares (Valdés y Atkin (1988), por lo que se sugiere reforzar la información durante la estancia hospitalaria de las madres.

**Tipo de alimentación del bebé.** Definitivamente el alojamiento conjunto es la modalidad de hospitalización que fomenta en un cien por ciento la lactancia a seno materno, a diferencia de la hospitalización ordinaria en donde por las condiciones de atención hospitalaria se facilita el uso del biberón para la alimentación del recién nacido. Sin embargo, también podemos preguntarnos si se considera a la mujer no con la carga social que tiene el ser madre, sino como individuo que debe tener el derecho de elegir la manera de alimentar a su hijo, pues no para todas es satisfactorio la alimentación a seno, aunque estamos consientes de que el programa de lactancia va encaminado a fortalecer y rescatar la lactancia materna.

**Alimentación del bebé preferida por la madre.** La opinión de las madres sobre la preferencia de alimentación de su hijo refleja de una manera más clara las prácticas de alimentación que se seguirán al egreso del hospital, y esto nos permite conocer el tipo de alimentación y la prevalencia de la lactancia. En algunos estudios como el de Pérez en 1993, se demostró que en México es uno de los países en donde se suspende la lactancia primero y se complementa con sustitutos eventuales de alimentación.

**Opinión sobre el alimentar con biberón.** Sabemos que aunque existe el Programa de Lactancia que va encaminado a establecer la lactancia a seno, existen también otros factores asociados al destete precoz, como comentan Vandale y col (1992); Vega y González (1993), que intervienen para que tal programa no se lleve a la práctica como se pretende que sea aplicado en la vida diaria, y esto tiene que ver a nuestro parecer por influencia de otros medios de información que fomentan el uso del biberón como una forma de alimentación del neonato y que en las condiciones de vida de muchas mujeres que acudieron a hospitalización ordinaria, el alimentar con biberón facilitara la realización de sus actividades laborales. Y en el caso de las mujeres que estuvieron en alojamiento conjunto, un factor importante es el nivel social al que pertenecen, aunque a algunas les gustaría alimentar con biberón por las dificultades que presentan para lactar, representa también la lactancia una forma de economizar temporalmente para la alimentación de su hijo.

**Preferencia de postura para lactar.** Podemos decir que el contacto temprano y la convivencia permanente con el recién nacido que se observa en la modalidad de alojamiento conjunto facilita que las madres ensayen diferentes posturas para lactar, a diferencia de las madres que están en hospitalización ordinaria en donde el contacto con su hijo es más tardío. Sin embargo, Lezine (1978) demostró que también participan las condiciones de parto prematuro en comparación con el parto a término para el establecimiento de la relación afectiva entre la madre y el bebé. Pero también es importante considerar que es relevante tomar en cuenta el deseo de la madre por mantener contacto con su recién nacido para que éste contacto se favorezca en las distintas modalidades de hospitalización, tal como lo reportan Avila y Col (1990) en donde se ve la importancia de las prácticas hospitalarias para que las madres a partir del contacto temprano puedan o no iniciar la lactancia.

**Motivos de preferencia de postura para lactar.** El tipo de intervención por motivo de parto es uno de los aspectos importantes para que la madre adopte diferentes posturas para lactar a su bebé (Soifer, 1971; Mitre, 1974 y Videla 1990), sin embargo, se puede decir que en ambos hospitales la postura preferida por las madres para lactar es estando sentadas, aunque se cansan por no tener un lugar apropiado para recargarse mientras realizan esta actividad. También se observó que en alojamiento conjunto las madres adoptaron la posición de lactancia estando acostadas por la facilidad de no tener que estar trasladando al bebé al cunero. Y en otras madres la preferencia depende de las

condiciones de salud en las que se encuentren o por tener mayor facilidad de amamantamiento en un seno debido a aspectos fisiológicos de las mamas.

**Dificultades para amamantar.** En ambas modalidades de hospitalización se reportaron dificultades para lactar, siendo mayor en la modalidad de alojamiento conjunto, pensamos que, precisamente por ser lactancia a libre demanda, ser exclusivamente alimentados con seno, y la frecuencia de amamantamiento ser más frecuente las madres pueden reportar a partir de su convivencia con el bebé los problemas que van viviendo al iniciar la lactancia, dificultades que probablemente también presentarán las madres de hospitalización ordinaria, pero que estas experiencias las tendrán en sus hogares, por lo que se recomienda que se les de a todas las madres independientemente de la modalidad de hospitalización más información para prevenir dificultades y como consecuencia abandono temprano de la lactancia materna.

**Tipo de dificultades para amamantar.** Aquí es importante señalar que para varias madres aún y cuando presentan algunas dificultades no lo reportan como un problema al cual haya que poner atención médica, sino que, lo conciben como parte del proceso de ser madre e incluso consideran que deben aguantarse cuando tienen dolor, grietas, o sangran. Los casos que sí se reportan como dificultades o problemas son principalmente el pezón plano o invertido, o el que tengan mayor producción láctea en un solo seno. Consideramos necesario que el personal que atiende a las pacientes informe sobre cómo solucionar aquellas dificultades que van presentando las madres durante el inicio de la

## **Lactancia / Córdoba**

---

---

lactancia y no esperar a que se presenten infecciones para presentarle a la mujer alternativas. A pesar de que algunas madres asisten a las pláticas que se ofrecen durante la estancia hospitalaria, esto no es suficiente para que todas ellas estén informadas y sobre todo el instruir las adecuadamente sobre la práctica de lactancia es lo que beneficiaría enormemente a la diada madre-hijo.

**Prevención o tratamiento de grietas en mamas.** La problemática de agrietamiento en mamas se presenta tanto en mujeres primerizas como en multíparas, en el caso de las mujeres que ya han amamantado a otros bebés y han presentado este problema se observa cierta predisposición por lactar, como consecuencia de los antecedentes con sus otros hijos pero no por esta razón suspenden la lactancia, sino que comentan las alternativas que han seguido, en ocasiones han sido remedios caseros y en otras han acudido al médico para que les recete alguna pomada que disminuya las molestias. En el caso de las madres de alojamiento conjunto se reporta con mayor frecuencia el uso de la leche materna como lubricante, en el caso de la hospitalización ordinaria también se comenta el uso de la leche materna pero en menor frecuencia.

Es importante mencionar el uso de los remedios caseros que comentan las madres, ya que reportan algunas sustancias que en lugar de aminorar las molestias las puede incrementar como es el uso de alcohol, o que incluso puede favorecer la presencia de infecciones por ejemplo, el uso de mantequilla como lubricante. Por lo que consideramos

que es muy importante dentro del contenido de la información que se da a las madres hacer énfasis en las medidas para disminuir o prevenir el agrietamiento en mamas.

**Beneficio de la lactancia para la madre y el bebé.** Al igual que Rodríguez A. (1977) y Selwyn y cols (1990), encontramos que la madre no considera como beneficio para ella el amamantar a su bebé, sino que se centra principalmente en el estado de salud del recién nacido, a diferencia de los beneficios de la lactancia para el bebé, en ambos hospitales las madres reportan que aunque varias desconocen las propiedades de la leche materna, la consideran como algo natural y en esa medida debe ser administrada al neonato, otras comentan que por ser la mejor leche los bebés no la rechazaran y esto permitirá que estén alimentados y se enfermen menos que los alimentados por leches maternizadas. Además al alimentarse con seno los bebés presentan menos cólicos. Se sugiere que el personal amplie la información sobre las ventajas de la lactancia para la mujer.

**Prevalencia pretendida de lactancia.** El tiempo que las madres amamantaran a sus hijos depende en la mayoría de las mujeres que acuden al hospital del I.S.S.T.E de su situación laboral ya que consideran como obstáculo para continuar la lactancia a libre demanda el hecho de reintegrarse a sus actividades laborales, a pesar de las sugerencias médicas de cómo almacenar la leche para que se le administre al bebé. En el caso de las mujeres que acuden al hospital de la S.S.A., las actividades que realizan cotidianamente

## **Lactancia / Córdoba**

---

permite que puedan tener la expectativa de lactar durante más tiempo porque la mayoría se dedica a actividades en las cuales les es más probable amamantar a su hijo sin restricciones de tipo laboral. Por lo que se puede decir que, es importante en ambos casos las actividades cotidianas que realizan para establecer la prevalencia de la lactancia.

**Prevalencia ideal de lactancia.** En ambas modalidades de hospitalización se observa que las madres desearían lactar por más tiempo que el que reportan que lo harán, pero participan varios factores que no facilitan que esto se lleve a cabo (trabajo fuera de casa, embarazos no planeados, actividades con los otros hijos) al respecto Sápien, Córdoba y Morales (1996) aportaron otros factores sobre creencias que aunados a los anteriores no permiten que se lleve a la práctica una lactancia por más tiempo aún y cuando las madres lo deseen. Sin embargo, se puede decir que las madres de alojamiento conjunto en general, reportan que la prevalencia de lactancia ideal es temporalmente mayor que en la hospitalización ordinaria. Aquí podemos decir que también influyen las creencias, experiencia y actividades cotidianas de las madres.

**Sustitutos eventuales de la leche materna.** El sustituto eventual de la leche materna que más es utilizado es la leche maternizada, varias madres se basan en la experiencia con otros hijos o con familiares para comentar cuál será la marca de leche que comprarían, algunas madres primerizas fueron las que principalmente pedirían consejos

### **Lactancia / Córdoba**

a familiares o al médico para la recomendación de un sustituto, pero otras madres comentaron que utilizarían diferentes tipos de leches que probablemente ocasionarán problemas gastrointestinales en el recién nacido (leche de vaca, descremada, ó toles), y algunas pero muy pocas comentan el uso de tés. Se sugiere que se establezcan campañas de información con una cobertura más amplia dirigida a las madres hospitalizadas por parto ya que los datos obtenidos demuestran que las prácticas de alimentación deben ser claras y precisas.

**Medidas a favor de la lactancia.** Existe una gran preocupación en las madres que tienen como antecedente la baja producción de leche y que reportan que sus hijos demandan más alimento del que ellas a su parecer producen, o en los casos en los que les gustaría prolongar la lactancia materna por más tiempo y observan que su leche va disminuyendo. Las sugerencias que se les hacen a las madres de cómo aumentar y mantener la lactancia de acuerdo a lo que plantea el programa de lactancia materna, es bien acogido principalmente por las madres de alojamiento conjunto ya que es esta población la que va presentando un incremento notable en la cantidad de leche que tienen para amamantar a su hijo debido precisamente al inicio temprano de la lactancia. Se recomienda que si las madres están dispuestas a alimentar a su bebé a seno sea retomado el programa de iniciación de lactancia temprana en la hospitalización ordinaria, y que en ambos hospitales se fomente el que las madres consuman líquidos y se les explique las ventajas de una buena alimentación, así como Atkin y Reyes (1975); Avila.

## Lactancia / Córdoba

Ambrosi, Cabrera, Gordillo, Oliva, Toussaint, Cruz y Karchmer (1989), quienes han demostrado que los cambios en las rutinas hospitalarias han sido benéficas para incrementar los índices de lactancia materna.

**Sentimientos y Pensamientos durante lactancia** que experimentan las madres en su mayoría son de amor, pero no siempre se expresan los sentimientos confusos y menos aún se dicen los que implican rechazo, pues el hacerlo representaría muy probablemente una crítica social negativa hacia la madre. Sin embargo, no podemos negar que varias mujeres tienen hijos no deseados y que aún estando en alojamiento conjunto esto no siempre implica por sí solo una aceptación del recién nacido. En los casos en los que las madres ven al neonato como sustitutos de otros hijos que por alguna razón han fallecido, es otro comentario que difícilmente llega a externarse sino que más bien se enmascara. Se sugiere retomar la participación de Parra y Ortiz (1993), en los hospitales de Bogotá, en donde se pone atención a los aspectos psicológicos relacionados con el parto y puerperio, en los casos en los que se detecta alguna problemática de aceptación o de incertidumbre sobre el nacimiento del bebé y las madres son canalizadas para asesoría por parte de profesionales. Respecto a los pensamientos de las madres cuando lactan, varias comentan que se centran en conocer a su bebé y que éste las conozca, les interesa también el cómo se van a integrar en la vida familiar a partir de que regresen a sus hogares con el recién nacido, una preocupación es el no saber si realmente se está alimentando al estar succionando del seno pues no alcanzan a percibir

si están teniendo leche para alimentarlos, pues su referente es que el bebé llora y lo interpretan como que tiene hambre, esta es una razón por la cual algunas madres comentaron que preferirían usar el biberón para ver la cantidad de leche que está ingiriendo su hijo. Un aspecto que llama la atención es que para algunas madres el lactar genera una experiencia cognitiva de incertidumbre, aún y cuando están con su bebé en brazos y alimentándolo, "no lo pueden creer", e incluso reportan que todavía lo sienten en el vientre, pero que se les hace rara esta situación por tenerlo cargado y estarlo viendo. Para otras el espaciamiento entre el nacimiento entre los hijos, es una situación en la cual las hace reflexionar sobre el tiempo que ha pasado desde la última vez que lactaron, y por último aquellas madres que no habían planeado el embarazo, o que habían tenido abortos, fallecimiento de otros bebés, o dificultades para embarazarse, el lactar representa una realidad a la cual comentan tendrán que "hacerse a la idea" al sentir que el bebé está succionando y verlo "fuera de la panza". En general podemos decir que la lactancia genera en las madres cierto tipo de pensamientos que les permite empezar a establecer una relación con su hijo. Así mismo coincidimos con Parra y Ortiz (1992); Herrera y Cáceres (1992); Herrera, Hurtado y Cáceres (1992a, 1992b); Alarcón y col. (1992) y Herrera, Cáceres y col (1992), en el hecho de que es necesario el apoyo psicológico para las madres gestantes en general para la prevención y manejo de aspectos emocionales que faciliten que la madre pueda externar sus temores y ansiedades en el embarazo, parto y puerperio inmediato, ya que esto permite que situaciones estresantes generadas por la

## **Lactancia / Córdoba**

---

---

gestación y nacimiento se disminuyan y con esto probabilizar que las complicaciones perinatales y el establecimiento de la relación madre-hijo sea positiva.

Finalmente podemos decir que los resultados de la presente investigación confirman y amplían el estudio de Sapién, Córdoba y Morales (1996), proporcionando un avance en el conocimiento sobre el comportamiento materno en relación a la lactancia a seno, y permitieron evaluar el Programa de Lactancia de la S.S.A. en hospitales públicos, tomando en cuenta que el reporte de las madres fue inmediatamente después del nacimiento de su hijo, a diferencia del otro estudio en donde habían pasado tres años del nacimiento y la información aún y cuando puede ser subjetiva, refleja el estado emocional de la madre dentro del hospital, aspecto muy importante para futuras investigaciones.

## CONCLUSIONES

La presente investigación permite tener mayor conocimiento acerca de algunas condiciones del contexto hospitalario que inciden sobre el comportamiento materno, durante el postparto inmediato, y quizá a largo plazo.

Condiciones como la inmediatez con la que a las madres se les entrega en el hospital a su recién nacido, la obligación de tenerlos con ellas, la información que se les proporciona, entre otras, propician: (a) la relación madre-hijo, (b) la conducta materna actual y potencial de lactar, y (c) la adopción de medidas alternativas por las madres para disminuir las molestias eventuales de la lactancia.

A partir de estos hallazgos, fue posible ponderar la importancia relativa que las dos modalidades de atención hospitalaria por parto y puerperio (alojamiento conjunto vs. hospitalización ordinaria) tienen en cuanto a los índices analizados. Se demostró que el Alojamiento Conjunto presenta mejores condiciones que la Hospitalización Ordinaria en la mayoría de las evaluaciones. Las características del primero, entre las que destaca el contacto temprano de la diada madre-hijo, propician tal superioridad.

Los descubrimientos son útiles para retroalimentar positivamente el programa de lactancia materna de la S.S.A., y simultáneamente, para comprender mejor las experiencias de las mujeres en este momento crucial para ellas.

Pero, además, sugieren la necesidad de que el psicólogo llegue a participar más ampliamente como parte de los equipos de atención a las parturientas, en favor suyo, y de su hijo(a). Su participación podría conducir hacia un conocimiento más amplio del comportamiento materno y a una mejora del servicio gineco-obstétrico. Brevemente, los hallazgos son congruentes con la necesidad de estimular el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario en salud.

Sin embargo, se requiere llevar a cabo más investigación evaluativa, que parta de la percepción y opinión de los propios usuarios, tanto alrededor de los servicios de salud que se les brindan como de los programas que ahí se implementan.

Finalmente, se puede sostener que la investigación evaluativa, como la que se llevó a cabo, debe seguirse realizando, en tanto que puede ser fructífera, sirviendo para retroalimentar y mejorar los servicios de salud en nuestro país.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## **REFERENCIAS**

- Alarcón, F.L., Herrera M., Rodríguez V., Piñeros N. y Vigúez A. "Elaboración de un Programa Cognoscitivo Conductual Para el Tratamiento Psicológico de Maternas con Preeclampsia: Análisis Sistémico de Casos". **Psicología de la Salud en Colombia**. 1992, Vol. 1, pp. 45-62.
- Avila, R.H., Toussaint, M. de C.G. y Gutiérrez, C.E: "Indicadores del Establecimiento de la Lactancia en Mujeres Primíparas". **Perinatología y Reproducción Humana**. 1990, Vol. 4, No. 4, pp. 137-146.
- Andolsek, L. "Obstetrics services-Womens" Perspectives. **International Federation of Gynecology and Obstetrics**. Int. J. Gynaecol. Obstet. 1984, 22, pp. 471-474.
- Bravo, J. "Ventajas del Amamantamiento". En: **Lactancia Materna: Conceptos Prácticos para Médicos**. **The Population Council**. Hospital General de México. La Liga de la Leche Materna de México, A.C. Octubre 1989, pp. 2-3.

Bravo, J. "Lazos Psicológicos". En: **Lactancia Materna: Conceptos Prácticos para Médicos**. **The Population Council**. Hospital General de México. La Liga de la Leche Materna de México, A.C. Octubre 1989, pp. 14-15.

Bronfenbrenner, U. **The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design**. Harvard University Press, USA. 1979. Cap. "The Laboratory as an Ecological Context" pp. 109-131.

Bruner, J. "De la Comunicación al Lenguaje" Una Perspectiva Psicológica". **Cognition**, 3, (3), 1971-1975, pp. 225-257.

Bruner, J. "Early Social Interaction and Language Acquisition". En Schaffer (Ed.). **Studies in Mother-Infant Interaction**. New York. Academic Press, 1977, pp. 3-16.

Cáceres de R.D.E. y Herrera M.J. "Prevención Primaria del Riesgo Obstétrico o Perinatal Mediante Aplicación de un Programa Biopsicosocial". **Psicología de la Salud en Colombia**. 1992, Vol. 1 pp. 32-44.

De Araujo, P.F.P.V., Coutinho, M.J.M., Falcao, P.E. y Macedo, G.D.M. "El crecimiento de los Niños Alimentados Exclusivamente con Leche Materna Durante los Seis

## **Lactancia / Córdoba**

---

---

Primeros Meses de Vida". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1991, Vol. 110, Núm. 4, pp. 311-317.

De Casper, A.J. and Spence, M.J. "Prenatal Maternal Speech Influences Newborns Perception of Speech". **Infant Behavior and Development**. 1986, Vol. 9, No. 2, pp. 133-150.

Dawson-Saunders, B. y Trapp, G. R. **Bioestadística Médica** Lectura de publicaciones médicas. Cap 15, pp. 305-319. Manual Moderno, México, 1993.

Herrera, J., Cáceres, D., Herrera, S., Arévalo, M., Alvarado, J.P., Hurtado, H. y Jaramillo L.M. "Aplicación de un Modelo Biopsicosocial en la Predicción de las Complicaciones Perinatales". **Primer Encuentro Javeriano de Investigación**. Memorias. 1992, pp. 60-67. Cali, Colombia, Pontificia Universidad Javeriana.

Herrera, A.J., Hurtado, G.H. y Cáceres, D. "Prevención de Complicaciones Perinatales: Aplicación de un Modelo Biopsicosocial". **Avances en Medicina Social**. 1992, Vol. 2, No. 1, pp. 28-32.

Herrera, A.J., Hurtado G.H. y Cáceres, D. "Antepartum Biopsychosocial Risk and Perinatal Outcome". **Family Practice Research Journal**. 1992, Vol. 12, No. 4, pp. 391-399.

**Lactancia / Córdoba**

---

- Kalverboer, A.F. and Hopkins, B. "Mother-Infant Dialogue in the First Days of Life: An Observational Study During Breast-Feeding". **Association for Child Psychology and Psychiatry**. Child Psychol. Vol 24, No. 1, pp. 145-161. 1983. Great Britain.
- Kleinbaum, G.D., Kupper, L.L. y Morgenstern, H. **Epidemiologic Research**. Principles and Quantitative Methods. Cap.4, pp. 51-62. Van Nostrand Reinhold Company. New York. 1982.
- Labov, W. "The Logic of Nonstandard English". **Language and Social Context**. Harmondsworth, England, Penguin Books. 1980.
- Lemons, J.A., Moye, L., Hall, D. & Simmmons, M. "Diferences in the Composition of Preterm and Term Human Milk during Early Lactation". **International Pediatric Researech Foundation, Inc.** USA. 1982, pp. 113-117.
- Lézine, I. "A propósito de la Comunicación Gestual en el Primer Año". En: H. Bronckart y M. Siguan-Soler. **La Génesis del Lenguaje: su aprendizaje y su desarrollo**. 1978, pp. 61-66.

**Lactancia / Córdoba**

---

---

Mandl.P.E "Algunos ejemplos de los muchos modelos de alojamiento conjunto" En:  
**Alimentación al Pecho. El mejor comienzo para la vida.** Fondo de las Naciones  
Unidas para la Infancia. (UNICEF). Ed. Pax. México. México, 1983, pp. 101-109.

Méndez R.I., Namihira G.D., Moreno A.L y Sosa M.C. El Protocolo de Investigación.  
Lineamientos para su elaboración y análisis. Ed Trillas. México, 1990, Cap. 1.

Millot, J.L., Filiatre, J.C. and Montagner, H. "Maternal tactile behaviour coorelated with  
mother and newborn infant characteristics". **Elsevier Scientific Publishers Ireland  
Ltd.** Early Human Development, 16, (1988), pp. 119-129.

Mitre, I.N. "The Influence of Maternal Position on Duration of the Active Phase of Labor".  
**International Journal of Gynaecology and Obstetrics.** 1974, Vol. 12, No. 5.  
U.S.A.

Montaño, U.A. "Función Reproductora Duranmte la Lactancia". En: Lactancia Materna:  
Conceptos Prácticos para Médicos". **The Population Council.** Hospital General de  
México. La Liga de la Leche Materna en México, A.C. Octubre 1989, pp. 33-34

Parke, R.D. "Interactional" Designs. E: R.B. Coms (Ed.). **The Analysis of Social Interactions: methods, issues and illustrations**. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, 1979.

Parra, C.R. y Ortiz, B.N. "Modelo de Atención Psicológica en un Servicio de Ginecoobstetricia". **Psicología de la Salud en Colombia**. 1993, Vol. 2, pp. 1-10.

Pedersen, F.A. "The Influences Viewed in a Familiar Context". En: Michael E. Lamb (Ed.). **The Role of Father in Child Development**. U.S.A., John Wiley & Sons, 1981, 2nd. Edition, pp. 295-317.

Pérez, E.R. "Patrones de la Lactancia Natural en América Latina y el Caribe". **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. 1993, Vol. 113, Núm. 1-3, pp. 185-193.

Potter, J.E., Mojarro, D.O. y Hernández, F.D. "Opinión del Personal de Salud sobre el Patrón de Lactancia en el Area Rural de México". **Salud Pública de México**, 1991, Vol. 33, Núm 1, pp. 18-27.

Reyes, V.H. "Contraindicaciones". En: **Lactancia Materna: Conceptos Prácticos para Médicos** The Population Council. Hospital General de México. La Liga de la Leche Materna de México, A.C. Octubre 1989, pp. 20-21.

**Lactancia / Córdoba**

---

---

- Rossi H. P. y Freeman E. H. Evaluación. **Un enfoque sistémico para programas sociales**. Ed. Trillas, México. 1989.
- Sapién L.S., Córdoba B.D.I. y Morales V.H. Alojamiento Conjunto y otros factores que inciden sobre la lactancia de madres de la zona metropolitana: "Un estudio retrospectivo". **III Concurso Nacional de Investigación en Lactancia Materna**. Mención Honorífica. S.S.A. México 1996.
- Schaffer, H.R., Heppburn, A., & Collis, G.M. "Verbal and Nonverbal Aspects of Mothers' Directives". **Journal of Child Language**. 1983. Vol. 10, pp. 337-355.
- Silva, R. A. **Métodos Cuantitativos en Psicología**. México, Trillas, 1992.
- Soifer, R. **Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio**. Buenos Aires, Kargreman, 1971.
- S.S.A. **Manual de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna**. Editado por S.S.A. México. 1991.
- S.S.A. **Manual de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna**. Editado por S.S.A. México. 1994.

**Lactancia / Córdoba**

---

---

Valdés B. A. y Atkin, L. "Actitudes Maternas, prácticas sobre crianza y expectativas de desarrollo infantil en un grupo de adolescentes embarazadas". Instituto Nacional de Perinatología. Asociación Mexicana de Psicología Social. **La Psicología Social en México**. Memorias Vol II. 1988.

Vandale, T.S., Reyes, V.H., Montaña, U.A., López, M.E. y Vega, C.N.E. "Programa de Promoción de la Lactancia Materna en el Hospital General de México: Un Estudio Evaluativo". **Salud Pública de México**, 1992, Vol. 34, No. 1, pp. 25-35.

Videla, M. **Maternidad, Mito y Realidad**. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión. Caps. IX, XII, y XIV. 1990.

Weiss H.C. **Investigación evaluativa**. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción. Trillas, México. 1992.

## **ANEXOS**

**(entrevistas, figuras y tablas)**

## GUIA DE ENTREVISTA

Datos Generales:	No. de entrevista	Hospital	
Lugar de Origen	Edad	Ocupación	Escolaridad
Estado civil	Número de hijos	Sexo del bebé	Tipo de parto
Menarquía	IVSA		

1. ¿Quién ha cuidado o atendido más al bebé?  
Usted (1) Ud. y Personal Médico (2) Pers. Méd (3)
2. ¿Cuánto tiempo transcurrió para que tuviera a su hijo(a) por primera vez?
3. ¿Dónde estaba Usted cuando le dieron al bebé por primera vez?
4. ¿Ha cuidado antes algún bebé?  
Si(1) No(2)
5. ¿A quién?
6. ¿Le han dado información de cómo amamantar a su bebé?  
Si(1) No(2)
7. ¿Qué le han dicho?
8. ¿Qué preparativos cree que se necesitan cuando se le va a dar seno al bebé?
9. ¿Cuántas veces al día se le debe dar seno al bebé?
10. ¿Cuánto tiempo debe dejarse al bebé comiendo del seno?
11. ¿Hasta qué edad se debe amamantar a un bebé?
12. ¿Cuánto tiempo pasó desde el nacimiento hasta que tuvo leche?
13. ¿Ha alimentado a su bebé?  
Si(1) No(2)
14. ¿Qué alimentos le ha dado?
15. ¿Cuánto tiempo pasó hasta que le dio seno por primera vez al bebé?
16. ¿Qué siente al darle seno al bebé?
17. ¿Qué piensa cuando amamanta a su bebé?
18. ¿Qué siente al alimentarlo con biberón?
19. ¿Como le gusta más alimentar al bebé?  
Seno(1) Biberón(2) Ambos(3)
20. ¿De qué manera se acomoda mejor para amamantar a su bebé?
21. ¿Por qué?
22. ¿Por qué es bueno para Usted lactar?
23. ¿Por qué es bueno para el bebé la leche materna?
24. ¿Ha tenido dificultades para amamantar a su bebé?  
Si(1) No(2)
25. ¿Qué dificultades ha tenido para amamantarlo?
26. ¿Qué piensa hacer?
27. ¿Qué va a hacer si se le agrietan los pezones por amamantar a su bebé?
28. ¿Qué le daría al niño en su casa si aún no tuviera leche?

# LUGAR DE ORIGEN MADRE

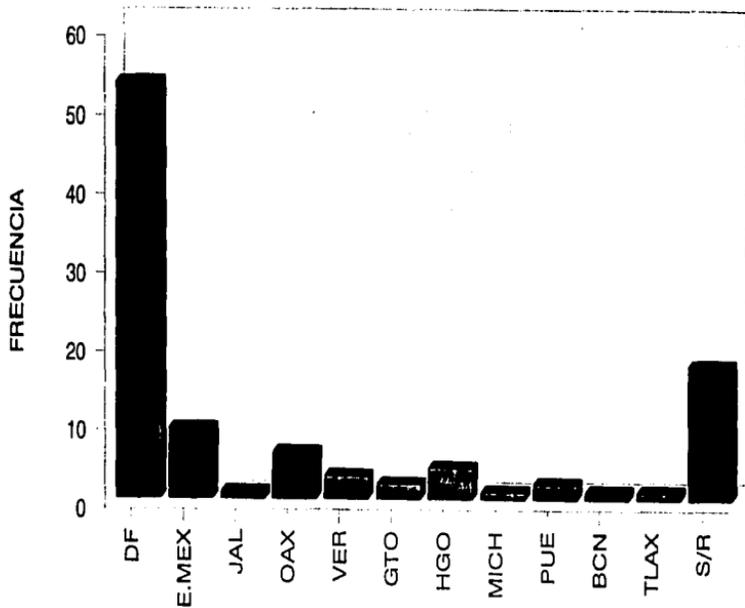


Fig.1 Muestra la frecuencia del lugar de origen de la madre.

# EDAD DE LAS MADRES

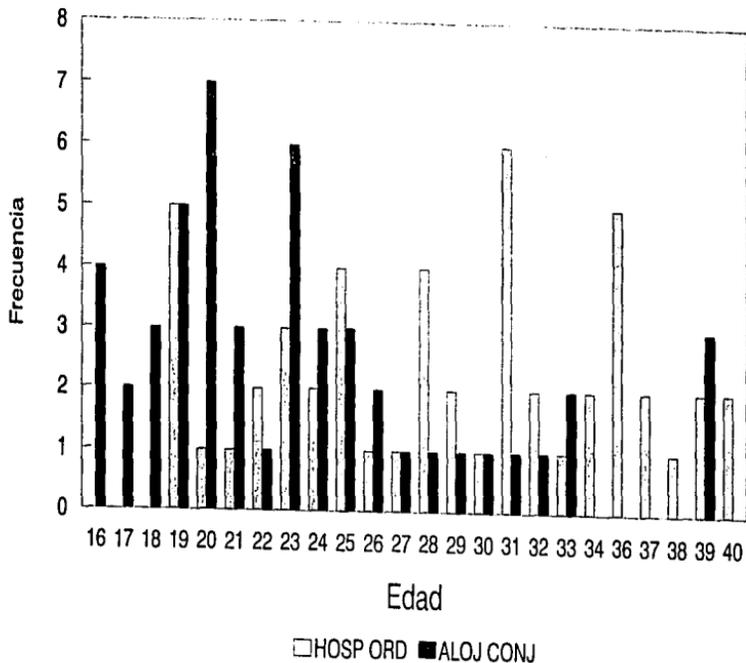


Fig.2 Muestra la frecuencia de la edad de las madres participantes.

# OCUPACION DE LA MADRE

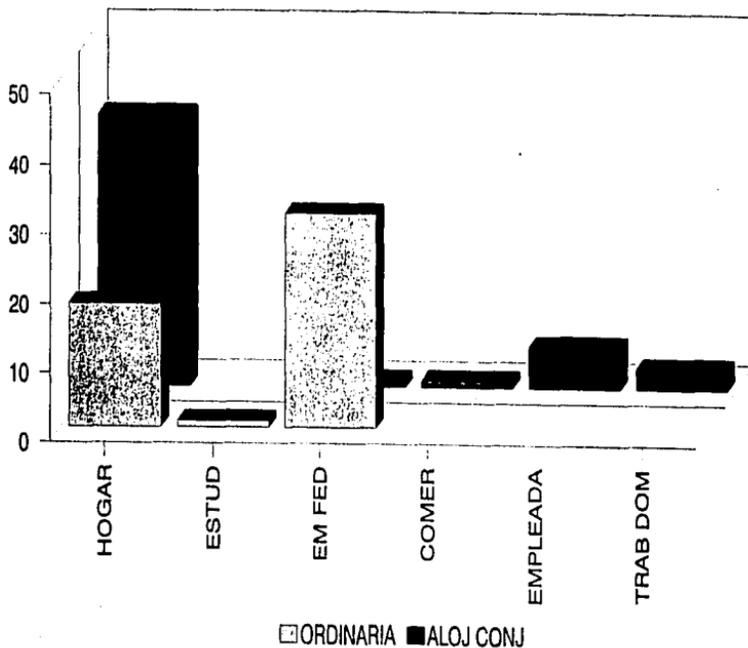


Fig. 3 Muestra las diferentes ocupaciones de la madre.

# ESCOLARIDAD DE LAS MADRES

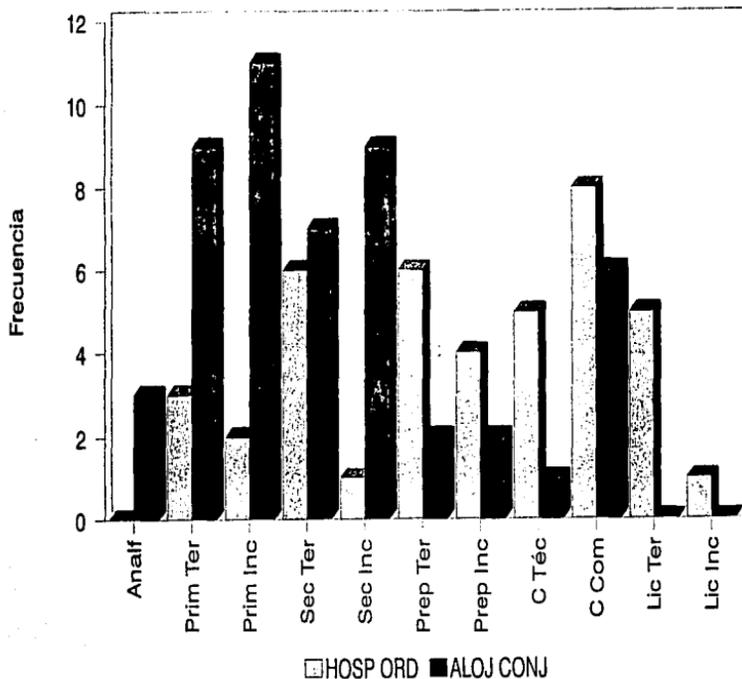


Fig.4 Muestra el nivel escolar de las madres participantes

# ESTADO CIVIL

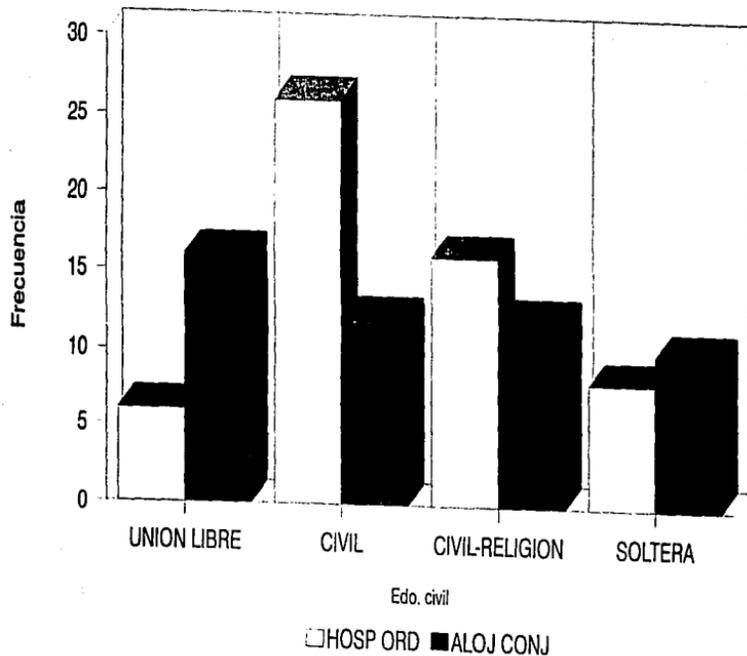


Fig.5 Muestra el estado civil de las madres participantes en la investigación

# NUMERO DE HIJOS

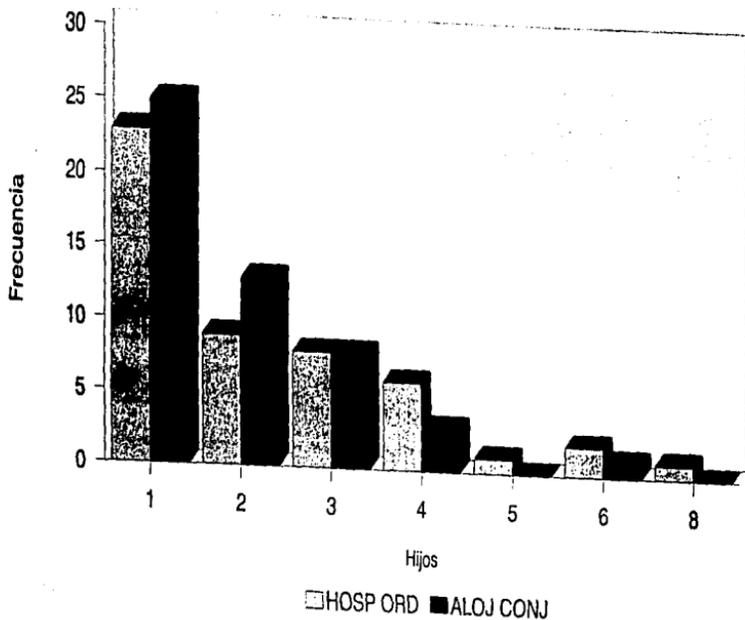


Fig.6 Muestra el lugar que ocupa el recién nacido respecto al número de hijos.

# MENARQUIA

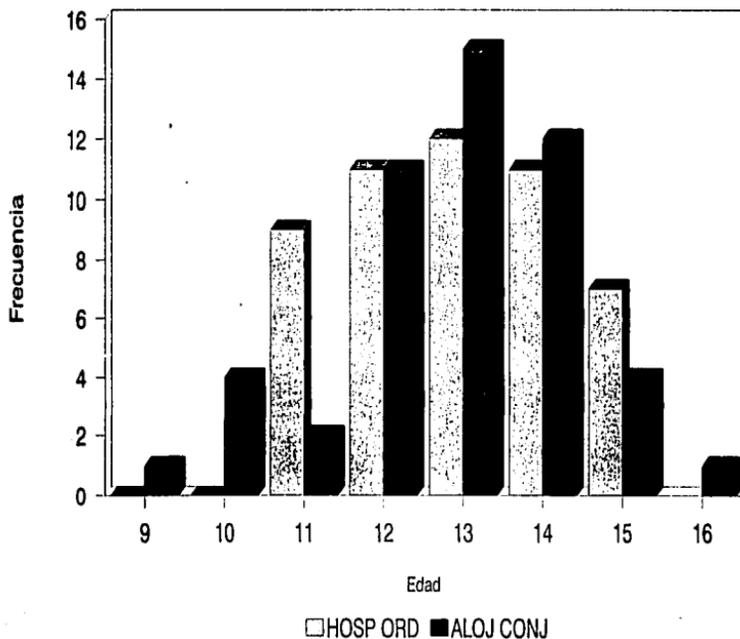


Fig.7 Muestra la edad de la primera menstruación.

# INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

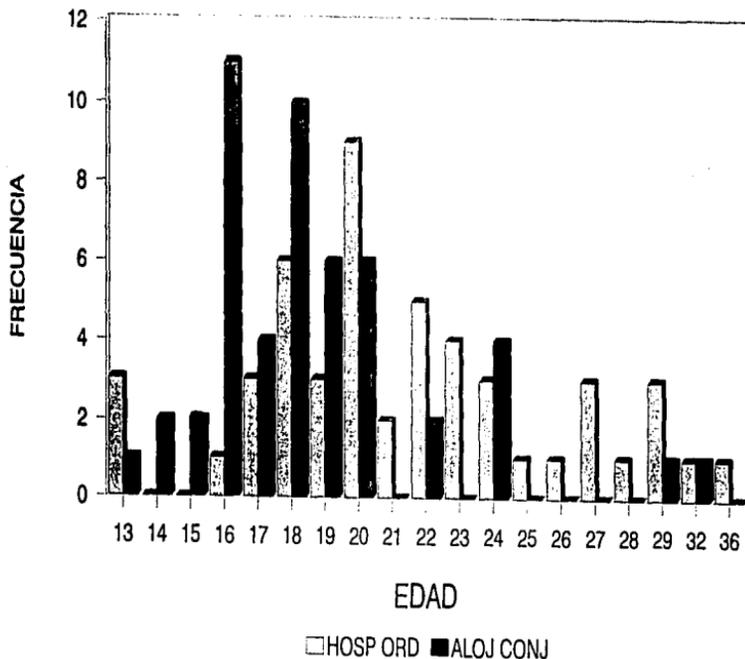


Fig.8 Muestra la frecuencia por grupo de inicio de vida sexual activa

# SEXO DEL BEBE

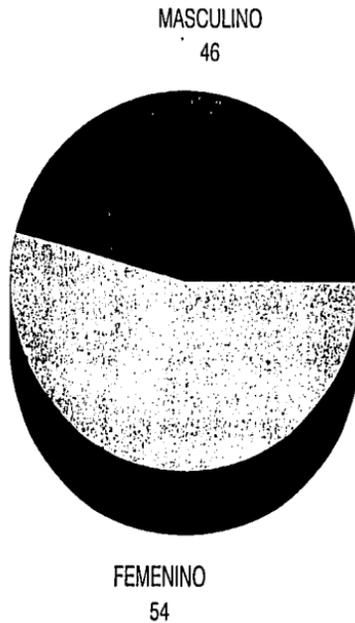


Fig. 9 Total de recién nacidos durante la investigación.

## INFORMACION SOBRE LACTANCIA

TABLA 1

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	13	9	22
2	2	4	6
3	8	2	10
4	10	9	19
5	10	22	32
6	3	2	5
7	4	2	6
Total	50	50	100

1. Ninguna.
2. Como cargarlo.
3. Higiene.
4. Alimentación.
5. Higiene y alimentación.
6. Familiares.
7. Curso Psicoprofilaxis.

## PREPARATIVOS PARA LACTAR

TABLA 2

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	27	25	52
2	5	3	8
3	14	11	25
4	3	4	7
5	1	2	3
6	0	5	5
Total	50	50	100

1. Limpieza del seno.
2. Masaje en el seno.
3. Limpieza y masaje.
4. Postura adecuada.
5. Alimentación materna.
6. No sabe.

### TIEMPO DE INICIO DE LACTANCIA

TABLA 3

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	4	49	53
2	12	0	12
3	18	1	19
4	12	0	12
5	4	0	4
Total	50	50	100

1. Antes de 5 horas.
2. De 6 a 20 horas.
3. De 21 a 24 horas.
4. Más de 24 horas.
5. No sabe.

## BAJADA DE LECHE

TABLA 4

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	8	19	27
2	5	25	30
3	5	1	6
4	8	5	13
5	10	0	10
6	8	0	8
7	6	0	6
Total	50	50	100

1. Embarazo.
2. Antes de 6 horas.
3. De 7 a 12 horas.
4. De 13 a 24 horas.
5. Más de 24 horas.
6. No tiene.
7. No sabe.

**FRECUENCIA DE AMAMANTAMIENTO AL DIA**

TABLA 5

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	7	0	7
2	28	2	30
3	12	47	59
4	3	1	4
Total	50	50	100

1 Cada 2 ó cada 4 horas.

2 Cada 3 horas.

3 Libre Demanda.

4 No Sabe.

**DURACION DE AMAMANTAMIENTO EN CADA SENO**

TABLA 6

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	13	8	21
2	7	5	2
3	15	11	26
4	3	5	8
5	3	20	3
6	4	1	5
7	5	0	5
Total	50	50	100

1. De 5 a 10 min.
2. De 10 a 15 min.
3. De 15 a 20 min.
4. De 20 a 30 min.
5. Sastisfecho.
6. Seno vacio.
7. No sabe.

### TIPO DE ALIMENTACION DEL BEBE

TABLA 7

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	22	41	63
2	6	0	6
3	22	9	31
Total	50	50	100

1. Seno.
2. Biberón.
3. Ambos.

### ALIMENTACION DEL BEBE PREFERIDA POR LA MADRE

TABLA 8

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	12	50	62
2	16	0	16
3	22	0	22
Total	50	50	100

1. Seno.
2. Biberón.
3. Ambos.

### OPINION SOBRE LA ALIMENTACION CON BIBERON

TABLA 9

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	4	49	53
2	12	0	12
3	18	1	19
4	12	0	12
5	4	0	4
Total	50	50	100

1. Antes de 5 horas.
2. De 6 a 20 horas.
3. De 21 a 24 horas.
4. Más de 24 horas.
5. No sabe.

**PREFERENCIA DE POSTURA PARA LACTAR**

TABLA 10

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	6	12	18
2	36	24	70
3	8	14	22
Total	50	50	100

1. Acostada.
2. Sentada.
3. Indiferente.

## MOTIVOS DE PREFERENCIA DE POSTURA PARA LACTAR

TABLA 11

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	15	31	46
2	11	7	18
3	24	12	36
Total	50	50	100

1. Comodidad.
2. Indistinto.
3. No hay otra forma.

### DIFICULTADES PARA AMAMANTAR

TABLA 12

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	21	28	49
2	21	22	51
Total	50	50	100

- 1. Sí.
- 2. No.

## TIPO DE DIFICULTADES PARA AMAMANTAR

TABLA 13

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	15	4	19
2	4	9	13
3	3	15	18
4	3	2	5
5	25	20	45
Total	50	50	100

1. No tiene leche.
2. No tiene formado el pezón.
3. Dolor.
4. Molestias por cesárea.
5. Sin dificultades.

## PREVENCION O TRATAMIENTO DE GRIETAS EN MAMAS

TABLA 14

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	20	1	21
2	4	12	16
3	7	4	11
4	5	5	10
5	7	4	11
6	6	17	23
7	1	5	6
8	0	2	2
Total	50	50	100

1. Lubricantes.
2. Leche materna.
3. Aguantarse.
4. Acudir al médico.
5. Fomentos.
6. No sabe.
7. Sin dificultades.
8. Abandono de lactancia.

## BENEFICIOS PARA LA MADRE POR LACTAR

TABLA 15

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	11	13	24
2	14	21	35
3	7	8	15
4	12	7	19
5	6	1	7
Total	50	50	100

1. Comodidad.
2. Recuperación mat y prevención de cáncer.
3. Salud del bebé.
4. No sabe.
5. Afecto madre-hijo.

## BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA PARA EL BEBE

TABLA 16

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	12	16	28
2	35	35	70
3	3	1	4
Total	50	50	100

1. Natural.
2. Salud.
3. Afecto madre-hijo.

## PREVALENCIA PRETENDIDA DE LACTANCIA

TABLA 17

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	7	1	8
2	24	19	43
3	5	12	17
4	13	13	26
5	1	5	6
Total	50	50	100

1. De 1 a 3 meses.
2. De 4 a 6 meses.
3. De 7 a 9 meses.
4. De 10 a 12 meses.
5. 2 años.

## PREVALENCIA IDEAL DE LACTANCIA

TABLA 18

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	4	2	6
2	24	13	38
3	5	3	8
4	3	17	30
5	3	13	16
6	1	2	3
Total	50	50	100

1. De 1 a 3 meses.
2. De 4 a 6 meses.
3. De 7 a 9 meses.
4. De 10 a 12 meses.
5. Más de 12 meses.
6. No sabe.

### PREVALENCIA IDEAL DE LACTANCIA

TABLA 18

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	4	2	6
2	24	13	38
3	5	3	8
4	3	17	30
5	3	13	16
6	1	2	3
Total	50	50	100

1. De 1 a 3 meses.
2. De 4 a 6 meses.
3. De 7 a 9 meses.
4. De 10 a 12 meses.
5. Más de 12 meses.
6. No sabe.

**SUSTITUTO EVENTUAL DE LECHE MATERNA**

TABLA 19

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	4	0	4
2	1	2	3
3	2	0	2
4	37	37	74
5	0	3	3
6	6	8	14
Total	50	50	100

1. Thé.
2. Atole.
3. Descremada.
4. Maternizada.
5. Insistir.
6. Acudir al médico.

## MEDIDAS A FAVOR DE LA LACTANCIA

TABLA 20

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	13	17	30
2	3	0	3
3	2	10	12
4	7	0	7
5	4	1	5
6	2	2	4
7	19	20	39
Total	50	50	100

1. Insistir.
2. Tomar líquidos.
3. Estimulación en seno.
4. Abandono de lactancia.
5. Consultar al médico.
6. No sabe.
7. Sin dificultades.

## SENTIMIENTOS AL LACTAR

TABLA 21

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	25	30	55
2	8	12	20
3	8	0	8
4	1	1	2
5	5	4	9
6	3	3	6
Total	50	50	100

1. Bonito.
2. Dolor.
3. Culpa.
4. Nada.
5. Afecto madre-hijo.
6. Cosquillas.

## PENSAMIENTOS AL LACTAR

TABLA 22

	HOSPITALIZACION ORDINARIA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	Total
1	16	12	28
2	2	1	3
3	11	6	17
4	2	4	6
5	13	22	35
6	5	4	9
7	1	1	2
Total	50	50	100

1. Es lo necesario.
2. Está en el vientre.
3. Emoción.
4. Insertidumbre.
5. En el bebé.
6. Rara.
7. Prefiere el biberón.

**NIVELES DE CONFIANZA (p) DE LA CORRELACION DEL TIPO DE HOSPITALIZACION (ORDINARIA O EN ALOJAMIENTO CONJUNTO) CON DIFERENTES VARIABLES DE COMPORTAMIENTO MATERNO**

TABLA 23

VARIABLES	$\chi^2$	p
1. Información sobre lactancia.	10.41	
2. Preparativos para lactar.	7.60	
3. Tiempo de inicio de lactancia.	87.32	.01
4. Tiempo de bajada de la leche.	51.28	.01
5. Frecuencia de amamantamiento al día.	51.29	.01
6. Duración de amamantamiento en cada seno.	24.71	.01
7. Tipo de alimentación del bebé.	61.29	.01
8. Alimentación del bebé preferida por la madre.	17.18	.01
9. Opinión sobre el alimentar con biberón.	78.57	.01
10. Preferencia de postura para lactar.	14.16	.05
11. Motivos de preferencia de postura para lactar.	22.62	.01
12. Dificultades para amamantar.	1.96	
13. Tipo de dificultades para amamantar.	17.04	.01
14. Prevención o tratamiento de grietas en mamas.	32.75	.01
15. Beneficios para la madre por lactar.	7.73	.05
16. Beneficios de lactancia materna para el bebé.	4.14	
17. Prevalencia pretendida de lactancia.	10.63	.01
18. Prevalencia ideal de lactancia.	11.55	.05
19. Sustitutos eventuales de la leche materna.	9.61	.01
20. Medidas a favor de la lactancia.	17.69	.01
21. Sentimientos al lactar.	9.36	
22. Pensamientos al lactar.	11.83	.05

NOTA: Las celdillas vacías indican falta de correlación significativa entre el tipo de hospitalización y las variables de comportamiento materno en cuestión.