

991  
203.



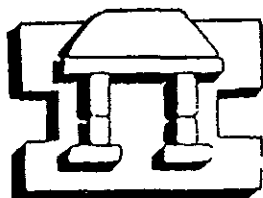
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

CAMPUS · IZTACALA

ASPECTOS SUBJETIVOS DE LAS MADRES:  
¿LIMITES PARA LOS PROGRAMAS HOSPITALARIOS  
QUE ESTIMULAN LA LACTANCIA?

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**NANCY EMELIA GUADARRAMA RAMIREZ**



IZTACALA

ASESORES: MTRO. SALVADOR SAPIEN LOPEZ  
MTRA. DIANA ISELA CORDOBA BASULTO  
LIC. GERARDO WILLIAMS HERNANDEZ

IZTACALA, EDO. DE MEXICO, AGOSTO DE 1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

266872



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

PAGINACION

DISCONTINUA

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a mi madre por darme lo más importante que es la vida y el deseo de seguir adelante para poder concluir una etapa muy importante en mi vida.*

*A la vida que me ha dado la oportunidad de estar aquí y de concluir este trabajo.*

*Agradezco a mis hermanos el apoyo y los desvelos que sufrieron durante toda mi carrera.*

*A mi pareja la que me ha enseñado muchas cosas y ha estado conmigo en los momentos buenos y malos de mi vida apoyándome.*

*A mis asesores Diana y Salvador que me han escuchado, ayudado y enseñado, no solamente académicamente, también de la vida.*

*A mis amigas Dora, Susan y Lupita que compartieron conmigo los momentos buenos y malos de la vida y la carrera.*

*A mi amiga Male que en el ámbito laboral, profesional y personal a compartido conmigo sus experiencias.*

*A mis compañeros de trabajo que me han ayudado a salir adelante en el trabajo.*

*A la ENEP-IZTACALA que me dio un espacio y los profesores que me dieron los elementos para formarme como profesionista*

*A todas las personas, pero en especial a Panfilo que me brindo todo su apoyo para seguir adelante en mis estudios*

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar las experiencias, creencias y expectativas de las madres acerca de la alimentación de los bebés, que podrían limitar la influencia de los programas hospitalarios que pretenden estimular la lactancia precoz y duradera. Se entrevistaron a 60 mujeres multigestas, 30 del Programa de Hospitalización Ordinaria y 30 del Programa de Alojamiento Conjunto. Las entrevistas se realizaron en la sala de recuperación de cada hospital.

Se encontró que las madres que se encuentran bajo la modalidad de alojamiento conjunto, están a favor de la alimentación a libre demanda, también se pudo observar que hay más mujeres que no encuentran ningún beneficio para el bebé cuando lo alimentan con biberón, además de que piensan y amamantan por un poco más de tiempo. A diferencia de las madres de hospitalización ordinaria las cuales no están a favor de la alimentación a libre demanda, además de que hay más mujeres que ven más conveniente alimentar a su hijo con biberón, lo cual se puede deber a la ocupación que tienen ya que en su mayoría son empleadas y no tienen la facilidad para seguir amamantando.

Se pudo observar que las experiencias, creencias y expectativas, pueden influir en el cumplimiento de los objetivos planteados por los programas hospitalarios de lactancia, ya que estas son influenciadas por ciertas costumbres culturales. Además, el hecho de que la madre amamante por más tiempo depende de las actividades laborales a las que se dedique, ya que aunque ella quiera amamantar por más tiempo, su trabajo en la mayoría de las ocasiones no se lo permite.

## INDICE

RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCION.....	5
2. METODO.....	22
Sujetos.....	22
Instrumentos.....	22
Materiales .....	22
Procedimiento.....	22
Variables.....	24
Hipótesis.....	24
3. RESULTADOS.....	25
Descripción general de los resultados obtenidos en la variable experiencia.....	25
Descripción general de los resultados obtenidos en la variable creencias.....	53
Descripción general de los resultados obtenidos en la variable expectativa.....	84
DISCUSION.....	94
CONCLUSIONES.....	102
REFERENCIAS.....	104
ANEXOS.....	110

## INTRODUCCION

Hablar del recién nacido es hablar de algo relativamente desconocido, ya que todos los neonatos son muy diferentes. Algunos desde el primer momento de vida tienen una actividad visual diversa: pueden mantener los ojos abiertos un tiempo más o menos prolongado, con la mirada fija o vacilante. Si exponemos a los niños a estímulos sonoros (llamar a la puerta, golpear las manos) algunos reaccionan con sobresalto e inmovilidad, otros agitan todo el cuerpo y gritan; si cuando los bebés maman dirigimos bruscamente una fuente luminosa sobre su rostro observamos en unos aceleración de la succión, y en otros una detención de ésta (Lezine, 1979).

Este tipo de reacciones se dan porque el niño viene de un "mundo distinto", en donde no ha tenido contacto con este tipo de estímulos. Aquí es donde la madre cobra una gran importancia con los cuidados el afecto y la alimentación que le proporciona, entre otras cosas. Es ella quien le brinda al pequeño los elementos necesarios para su adaptación. Así pues, Lira (1994) mencionó que el desarrollo emocional del niño surge de la relación que establece con las personas que lo cuidan. La calidad de este vínculo depende del grado de aceptación con que el adulto recibe al niño. También refirió que la proporción de niños con desarrollo subnormal es mayor entre los que crecen en sectores pobres (CEDEP). Indicó que los niños con CI bajo, de 27%, tienen padres con menos de cinco años de escolaridad. Otros factores que se relacionan con el desarrollo del niño, mencionados en este estudio, son el bajo peso del bebé al nacer y la edad de la madre.

Los especialistas (Liga de la Leche de México A.C.,1989) sugieren que para que el bebé tenga un mejor desarrollo, en los medios donde existe pobreza, debe ser alimentado con leche materna, ya que ésta tiene los nutrimentos necesarios como son proteínas (caseína y lactalbumina), grasas, hidratos de carbono y minerales, que cubren las necesidades nutricionales en los primeros meses de vida (Beischer, y Mackay, 1979;Radrigan, Juez y Coronel, 1989) y ayudan a contrarrestar el bajo peso

del lactante (Watson y Lowrey, 1965, citado en Moreno, Penuela, Marrugo y Bautista, 1993).

Es así como la leche materna cubre por completo las recomendaciones de nutrición para el bebé durante los primeros cuatro a seis meses de vida. La leche materna sirve también para proteger al bebé ya que además de sus ventajas nutricionales, contiene anticuerpos que *pasan directamente* de la sangre de la madre al niño a través de la leche y que lo preservan de muchas enfermedades.

Hay más ventajas de la lactancia materna: una es que las criaturas alimentadas al seno materno tienen menos molestias ocasionadas por cólicos, y otra es que la leche materna se produce de manera continua, por lo que está disponible al momento en que el bebé tiene hambre. Además, la leche materna es de calidad higiénica óptima y se mantiene a la temperatura conveniente para ser ingerida de inmediato (Kaufer y Pérez, 1987).

Además, es recomendable darle seno al niño en los primeros meses. Primero, la leche, por ser líquida, es el alimento que el bebé puede ingerir mejor durante los primeros meses, cuando aún tiene dificultades para mantener la cabeza erguida tiende a deglutir los alimentos semisólidos y sólidos, *ofrecidos con cuchara*, como si fueran leche. Segundo, los riñones del recién nacido no tienen la madurez suficiente para digerir ciertas sustancias; durante los primeros meses la concentración de proteínas y electrólitos en la leche humana permite al riñón funcionar sin problema alguno. Sin embargo, cuando el niño es alimentado con leche de vaca el riñón requiere de un volumen extra de agua, sólo así puede solventar la dificultad fisiológica que se genera por el mayor contenido de proteínas y electrólitos de esta leche. Tercero, otro aparato que presenta *inmadurez* por el escaso desarrollo de algunos sistemas enzimáticos es el tracto digestivo; para éste la leche materna no presenta ningún inconveniente (Vega 1988; Tavano, Avila y Casanueva, 1992; Benisher y Mackay, 1979). Cuarto, y último, la interacción de la madre y el niño en el momento del amamantamiento tiene



importantes repercusiones a nivel psicológico para éste, propiciando sentimientos de seguridad, afecto y satisfacción (Martínez, 1986; Kaufer y Pérez 1987).

En estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica por Johnson (1976) y en Guatemala por Kennell (1975: en Arrieta y Cravioto, 1983), en los que se pretendía ver si la interacción temprana madre-hijo podía modificar la duración de la lactancia, se encontró que las madres que tuvieron contacto físico temprano mostraron más deseos de amamantar a sus hijos y continuar haciéndolo durante tiempo prolongado al ser dadas de alta de la maternidad, que aquellas madres que no tuvieron tal contacto.

De igual forma, Klaus y col. (1970: en Arrieta y Cravioto, 1983) estudiaron el efecto del contacto temprano madre-hijo sobre la calidad de interacción ulterior entre ellos. Compararon dos grupos de madres norteamericanas; en uno de ellos se siguieron las rutinas usuales de la maternidad, que incluían separar al niño al nacer durante 6 ó 12 hrs.; en el otro, a las madres se les dejó en contacto con sus hijos desnudos durante las tres primeras horas post-parto. Además, este grupo tuvo cinco horas diarias de contacto extra madre-hijo durante los tres días de hospitalización. Encontraron que al mes de edad este grupo mostró mayor interacción cara a cara y trato más delicado hacia sus hijos. La conclusión fue que inmediatamente después del nacimiento podría haber un período de sensibilidad materna para el apego a su hijo. Al año de edad, aquellas madres a las que se les proporcionó contacto extra con sus hijos los acariciaban más durante el examen pediátrico y a los dos años les hablaban con menos mandatos y más palabras por oración.

Así mismo, en el estudio realizado por Toussaint, Casanueva, Atkin y Avila-Rosas (1988), se evaluó la influencia del encuentro temprano sobre el establecimiento y duración de la lactancia contra un grupo que no tuvo encuentro temprano, pero donde para ambos existe contacto estrecho y permanente madre-hijo durante los primeros días post-parto en un área de Alojamiento Conjunto. Encontraron que el

encuentro temprano dio una mayor confianza a la madre en su capacidad para amamantar a su hijo. En cuanto a la duración de la lactancia ambos grupos mostraron una lactancia prolongada (cuando menos 6 meses de duración) sin que se encontrara diferencia entre el grupo de encuentro temprano y el que no tuvo contacto temprano, concluyendo que el encuentro temprano facilita el establecimiento de la lactancia a corto plazo, pero que el contacto continuo (Alojamiento Conjunto) y la alimentación a libre demanda tienen un efecto compensatorio.

Por su parte Villalón y Alvarez (1993) diseñaron una estrategia para estimular la lactancia materna y fomentar el contacto precoz prolongado piel a piel entre el recién nacido y su madre. Aprovecharon este trabajo para evaluar la sensación de seguridad e inseguridad de las madres en relación a sus hijos. Compararon dos grupos: uno de control, en el cual los recién nacidos inmediatamente fueron secados y sometidos a mediciones antropométricas, luego vestidos y dejados en la sala de atención inmediata durante cuatro horas, y otro de contacto prolongado piel a piel, en el que los niños después de ser secados y medidos fueron vestidos con un pañal, entregados a las madres, puestos entre sus mamas, cubiertos por una sábana, para iniciar la succión precoz del pezón. Encontraron que hubo mayor incidencia de alimentación natural en las madres que tuvieron contacto prolongado piel a piel. En cuanto a la seguridad de las madres frente a sus hijos, el grupo de contacto prolongado tuvo un mayor porcentaje de mujeres que se sentían seguras en contraste con el otro grupo.

Así también, Cerezo, Figueroa y Bran (1992) realizaron un estudio para demostrar que el contacto temprano de los niños de bajo peso o con una patología al nacer, a través del programa canguro, se traduce en una prolongación de la lactancia natural y por consiguiente en una disminución de la morbilidad post-parto. Participaron 112 niños, 61 en el grupo control y 51 en el experimental, en el cual se llevó a la metodología canguro. Se incluyeron a los neonatos con peso menor a 1800 gms. Se realizó el seguimiento de ambos grupos por un período de tres meses con el objeto de

evaluar su crecimiento en peso y su duración de la lactancia exclusiva. Se comprobó que el 78 por ciento de los niños incluidos en el método canguro recibían lactancia exclusiva a los tres meses de edad en comparación con el 34 por ciento del grupo control y el crecimiento en peso fue similar para ambos grupos.

Posadas, Martínez, Hernández, García y Guerrero (1995), realizaron el seguimiento de la lactancia exclusiva, en 100 pacientes, a los 20 y 40 días después de que egresaron del hospital, encontrando que esta práctica sólo la realizaron menos de la mitad de las pacientes (43 por ciento), lo cual habla de una información incompleta y de que es necesario un mayor énfasis en la educación durante el control prenatal acerca de los beneficios insuperables que tiene la lactancia, sobre todo en medios pobres. Por otro lado, las instituciones deben de tener un seguimiento más estricto del programa de lactancia materna y tratar de que la madre tenga una información clara, ya que no es suficiente el entrenamiento que se da durante el control prenatal y el puerperio inmediato.

Por su parte, Córdoba (1997) analizó 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. Encontró que la alimentación a libre demanda que se sigue en 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 lactar se convierte en una situación incómoda y en ocasiones lleva a que la abandonen tempranamente. Por ello, sugiere poner atención en estos casos para disminuir las molestias de las madres. También, menciona que varias madres, aun y cuando presentan dificultades, no las reportan como un problema al cual haya que poner atención médica. Los casos que si reportan dificultades mencionan: pezón plano o invertido y poca producción de leche, y la solución que dieron al problema del pezón es usar alcohol, mantequilla, crema o aceite.

Por otra parte, se han diseñado otros tipos de programas para observar el efecto que tienen sobre la duración de la lactancia, de los cuales se muestran a continuación algunos.

Roman, Abril, Cubillas y Carrasco (1996), implementaron dos programas educativos para promover la lactancia materna: uno dirigido al personal de enfermería y otro a las madres. Trabajaron con 4 enfermeras de las salas de Gineco-Obstetricia y cuneros, les aplicaron un cuestionario de conocimiento sobre la lactancia materna, observaron las rutinas de trabajo y la conducta de interacción enfermera-madre. Definieron dos categorías de respuesta: conductas promotoras de la lactancia materna y conducta promotora de formula láctea, también definieron dos tipos de interacción de las enfermeras con las madres: personal e impersonal, dependiendo si se establecía contacto visual de enfermera a madre o si se presenta algún tipo de verbalización. Encontraron que en la pre-prueba desconocían las ventajas para la madre, de la lactancia materna, así como el papel de la succión temprana. En la post-prueba atendieron cambios en el contenido de sus respuestas; en las conductas promotoras de la lactancia, descubrieron el retiro de las fórmulas lácteas. En el programa implementado para las madres participaron 22 primigestas, que fueron divididas en 4 grupos, en el grupo A se aplicó el paquete educativo y se evaluó con pre y post-prueba. En el grupo B se realizó el mismo procedimiento que en el grupo A pero además se le dió información verbal sobre la diferencia de peso del bebé antes y después de ser amamantados. En el grupo C no se dió la plática y sólo se pesó al bebé y se dió retroalimentación verbal a la madre sobre la cantidad que produjo de leche. El grupo D sirvió de control, por lo que no se introdujo ninguna de las técnicas. Se encontró que el 56% del total de las madres planearon alimentar exclusivamente con seno materno. A los 7 días post- parto, igual porcentaje de estas reportaron practicar esta forma de alimentación. A los 45 días post-parto, 44% de las madres alimento solo con seno. De este porcentaje el 86% fueron participantes en grupos

experimentales, y solo el 14% fueron del grupo control. Concluyeron que el papel del personal de salud es evidente al observar el cambio de opinión de las madres respecto a la forma de alimentación planeada antes y después del parto, resaltando la influencia que el ámbito hospitalario ejerce sobre la madre. Además para promover la lactancia materna en las salas de maternidad, el personal de enfermería requiere también de condiciones que faciliten esta tarea, ya que las políticas y las rutinas establecidas son poco favorables para el desarrollo de actividades educativas.

Cubillas, Ramon, Leyva, Abril y Carrasco (1994) realizaron dos estudios, con el objeto de observar los efectos de un programa de orientación sobre la práctica de alimentación exclusiva con seno materno, así como analizar la interacción madre-hijo bajo dos formas de alimentación. Se realizaron paquetes educativos a base de videograbaciones. En el primer estudio participaron 107 mujeres, divididas en cuatro grupos. El paquete educativo fue presentado a un grupo de madres durante su asistencia a consulta prenatal (23 del grupo experimental-preparto), el mismo paquete fue presentado a otro grupo de madres en las primeras 24 horas postparto (32 del grupo experimental postparto), con un grupo de contraste para ambos grupos (20 en un grupo control-para realizar la comparación con el experimental-preparto y 32 en otro para la comparación con el experimental-postparto). Previamente se les aplicó un cuestionario, para evaluar la información de las madres sobre la lactancia. A las de grupo control solamente se les aplicó el cuestionario. Encontraron que hay una tendencia mayor de alimentación exclusiva a seno en las madres de los grupos experimental, es tanto en el grupo prenatal como postnatal. En cuanto al momento en el que la educación puede iniciarse, los resultados no muestran mayores diferencias, cuando se imparte antes o después del parto. En el segundo estudio se observaron las conductas interactivas de la madre con su hijo. Participaron 30 mujeres divididas en dos grupos: 15 que alimentaron exclusivamente con seno materno y 15 que utilizaron exclusivamente fórmula láctea. Encontraron que la tasa de respuesta fue apenas

mayor en el grupo que alimentó exclusivamente con seno. La conclusión que dieron de este estudio fue que una sola exposición al material no puede ser suficiente para contrarrestar otros factores involucrados en la decisión materna de amamantar o usar fórmula láctea.

Por otra parte, en el estudio realizado por Alvarado, Atalah, Díaz, Rivera, Labbe y Escudero (1994) se evaluó un programa de fomento de la lactancia natural con atención conjunta a la madre y al hijo, en el cual monitoras de salud con experiencia en prevención de enfermedades y en técnicas de intervención se incorporaron participativamente. Se incluyeron para el análisis final 62 niños en el grupo intervenido y 66 en el grupo no intervenido. Se encontró que la prevalencia de lactancia materna absoluta y exclusiva fue significativamente mayor durante todo el experimento en el grupo intervenido; además el crecimiento, en peso y talla fue significativamente mejor en este mismo grupo entre el cuarto y sexto mes, y su tasa de desnutrición fue más baja. Se concluyó que un programa con participación activa de la comunidad puede ser muy efectivo para fomentar la lactancia materna exclusiva y mejorar el crecimiento infantil.

En un programa realizado por la SSA se pretendió capacitar de una forma sencilla a las promotoras, con el propósito de que ellas aprendieran y transmitieran sus conocimientos a las madres. En este documento se hablaba de los beneficios que tiene la lactancia para la madre y el bebé, como son: la madre le brinda afecto al bebé, no necesita cuidados para preparar la leche, es limpia, el bebé se enferma menos, previene cáncer de mama, la succión del niño ayuda a que la matriz vuelva a su tamaño normal, cuantas más veces mama el bebé menos posibilidades de quedar embarazada tiene la madre, resulta más cómodo y práctico para las mujeres. También se hace mención de la alimentación durante el embarazo cuando esta amamantando, todos los alimentos que consuma la madre son buenos para una buena producción de leche. Además hacen mención de la preparación que deben de realizar con los senos,

durante el quinto mes con ambas manos deben hacer masajes y presionar como si intentara sacarse la leche, estirar el pezón y hacerlo girar entre los dedos un par de minutos, estirar el pezón y mantener estirado unos minutos. Así mismo hablan de la motivación que deben de transmitir a las futuras o nuevas madres (Barrera 1991).

Es de gran importancia la influencia que tiene el medico en la decisión de la madre para amamantar, ya que prácticamente todas las mujeres pueden alimentar a seno con éxito, y los médicos pueden lograr que cada paciente piense que puede hacerlo. Si el médico piensa que cada paciente puede lactar, cada problema es sólo un reto a vencer. Los médicos deben anular sus propias actitudes negativas y corregir la información errónea de cada paciente, familiar y amigos. Se necesita interrogar a la mujer sobre cómo piensa alimentar a su bebé y por qué prefiere dicho método. Con respecto a la succión y la producción de leche, debe explicarse a la paciente, familiares y el personal hospitalario que es la succión de la mama por el infante lo que estimula y produce la leche. Los familiares o los amigos pueden decir a la paciente que el infante está llorando demasiado, comiendo poco o ambas cosas, sugiriendo que la madre tiene poca leche. Se debe estimular a la madre a discutir cualquiera de estas cuestiones con el médico antes de dar fórmula industrial. El médico debe observar la técnica de lactancia de la madre, para asegurar que este cargando al bebe correctamente esté abarcando con su boca la areola completa y no sólo el pezón. Dar soluciones alternativas a las mujeres que trabajan, por ejemplo extraerse la leche del pecho en su domicilio al inicio o al final de cada tetada, así la mama producirá una cantidad adicional. Esta leche puede ser refrigerada y posteriormente ser calentada cuando el infante la necesite. De manera alternativa, el bebé puede ser alimentado antes que la madre se dirija a su trabajo o escuela y otra vez cuando regrese (Gold, 1994).

Pero los médicos son los únicos encargado de fomentar la lactancia; también se encuentran las enfermeras. La información suministrada a las madres por las

enfermeras muchas veces ejerce una gran influencia en la decisión de iniciar y continuar el amamantamiento y su duración total. Si carecen de capacitación y práctica necesaria para fomentar y dirigir la lactancia, es probable que las otras actividades de promoción no produzcan ningún resultado. En la mayoría de los casos ni las enfermeras ni los médicos están debidamente capacitados para fomentar la lactancia natural y dar información, ya que en los programas de estudio de las escuelas de enfermería se les capacita para ayudar al médico principalmente, no para desempeñar una función educativa, por lo que se piensa que si se crea un programa modulador sobre la lactancia, se puede abordar simultáneamente la información básica, capacitación práctica y formación continua del personal de enfermería (Rodríguez y Schaefer, 1994).

Como se puede observar en estos estudios, la lactancia materna va a influir en la relación madre-hijo, en cuanto a la afectividad y la seguridad hacia éste.

Además, también podemos observar que existen programas sencillos que pueden ayudar a fomentar la lactancia, siempre y cuando se de una buena información a las promotoras para que no se distorsione esta cuando llegue a las madres.

Por otro lado, Toussaint, Avila-Rosas, Casanueva y Atkin-Zuckerman ( 1988) investigaron los factores que intervienen en la duración de la lactancia en un grupo de 60 mujeres, que fue dividido en dos grupos: primigestas (15 casos) y multigestas (45 casos). Después de un período de observación en cueros de transición todos los niños estuvieron al lado de su madre las 24 hrs. del día en alojamiento conjunto, lo que favoreció la alimentación a libre demanda. En la sala de expulsión, a través de una selección aleatoria, a la mitad de las madres se les entregó al recién nacido, para establecer contacto parcial piel a piel y que les ofrecieran el seno para succionar durante la primera hora después del nacimiento. Encontraron que ambos grupos basan la lactancia en la confianza que tengan en su capacidad de amamantar, además, en



las primigestas esto se ve influenciado por factores adicionales: a) la edad de las madres, b) las ventajas que ellas vean con la lactancia, c) la producción de leche, y d) las dificultades que presenten para establecer la lactancia en los primeros días. A diferencia de las multigestas que basan su confianza, además de los factores anteriores, en su experiencia previa.

Por su parte, Cachon (1992) analizó el comienzo y duración de la lactancia materna, sobre 205 historias clínicas de recién nacidos en los años 88 al 90. De estos 205 recién nacidos fueron amamantados 83 por ciento, al mes fueron lactados 84 por ciento, a los tres meses el 64 por ciento y a los seis meses el 17 por ciento. Las causas que influyeron en el abandono de la lactancia materna se agruparon en: a) causas maternas como son: hipogalactina, matitis, rechazo materno, trabajo materno, cansancio materno; y b) Ingreso hospitalario del niño.

Otros factores que influyeron para que la madre decidiera darle o no seno a su hijo fueron: Primero, una alimentación materna balanceada. Segundo, la decisión de la madre para darle seno o biberón al bebé. En las ciudades crece alarmantemente el número de madres que no pueden, no saben o no quieren hacerlo, acudiendo para esto a diversos pretextos: falta de leche, debilidad, temor a perder la belleza física, etc. Tercero, el hecho de que la madre no tenga suficiente leche. Algunas mujeres no saben que la succión que hace el bebé con hambre es el mejor estímulo para producir leche; si la criatura vacía completamente el pecho, será lo que más ayude a producir leche. Cuarto, el que muchas madres no conocen las ventajas o beneficios que le puede a su hijo la lactancia. En cuanto a contenido de calorías la leche materna es suficiente, completa y equilibrada; los psicólogos juzgan imprescindible que se les dé el seno, pues durante el acto de amamantar cuando se restablece la primera unión física entre la madre y el hijo. Quinto, alguna de las ventajas que obtiene la madre,

durante la primer semana, la lactancia hace que se contraiga el útero, se previene el cáncer de seno, brinda comodidad, ya que no tienen que preparar nada (Sola, 1990).

Otros factores que pueden influir para que se de la lactancia, diferentes a los antes mencionados son mostrados a continuación.

En el estudio realizado por Pérez(1993) se compararon los patrones de lactancia natural de nueve países de Latinoamérica y El Caribe, entre ellos México, analizando indicadores socioeconómicos. Se observó que la duración media de la lactancia natural en México es de 10.5 meses, en comparación con Guatemala que es de 21.5. En relación a la prevalencia de la lactancia natural, en los nueve países fue menor en la zona urbana que en la rural. Las mujeres cuyo grado de escolaridad formal era bajo o nulo amamantaron a sus hijos por un tiempo mayor que las que habían cursado estudios más avanzados.

En una encuesta que se realizó en México (Encuesta Nacional de Hábitos de Lactancia y Ablactación) a 300 mujeres con hijos, que en su mayoría informaron contar entre 20 y 30 años y haber estudiado la primaria completa, una de cada cuatro mujeres en el medio rural y una de cada tres en el urbano señalaron contar con un trabajo remunerado fuera del hogar, además de atender las tareas domésticas y a su familia. De acuerdo con los resultados el 32% de las mujeres del medio urbano y el 15% de las del ámbito rural no amamantaron a su último hijo, lo que significa que lo alimentaron con biberón desde su nacimiento. El 35% y el 43% de las mujeres entrevistadas de las áreas rural y urbana, respectivamente, indicaron que habían iniciado la lactancia al seno pero la habían suspendido antes del tercer mes de vida, sustituyéndola por leche industrializada. Sólo el 25% de los niños de áreas urbanas y el 50% de los de áreas rurales recibieron por lo menos durante tres meses la protección y las ventajas de la lactancia materna. Entre tanto, únicamente el 8% de los pequeños del medio urbano y el 22% de los del área rural fueron amamantados seis meses por lo menos. En el grupo urbano el destete se dio antes del sexto mes y en el grupo rural ocurrió

alrededor del octavo mes. Entre las mujeres del medio urbano las principales razones del retiro de la lactancia al seno fueron el trabajo fuera del hogar, la falta de leche, así como el desconocimiento de sus ventajas y el sentirse incapaces para lactar. A su vez, el desconocimiento y la desconfianza se debían a la falta de información y al escaso o nulo apoyo de la sociedad hacia la madre lactante.

Por otra parte, Araujo, Midlej y Falcao (1991) encontraron que los niños alimentados a seno, los alimentados sólo con leche artificial y los que se alimentaron con ambos tipos de leche, mostraron el mismo patrón de crecimiento en los seis primeros meses de vida del bebé.

Moreno, Penuela, Marrugo y Bautista (1993) realizaron un estudio en el que describieron las diferencias en el patrón de crecimiento en un grupo de lactantes dependiendo del tipo de alimentación láctea seleccionada, tomado como referencia cuatro indicadores antropométricos durante los primeros 90 días. No se encontró diferencia en la velocidad media de incremento de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico; se mantuvo en los estándares esperados para la edad durante el periodo de estudio. Estos hallazgos parecen incongruentes con los precedentes, pero, adoptando un enfoque intermedio, lo que ésto demuestra es que la leche materna si no es el alimento más apropiado, es tan buena como cualquier fórmula láctea con los mejores componentes.

A pesar de los indiscutibles y suficientemente enfatizados beneficios de la lactancia natural para el desarrollo físico óptimo del niño, existe una proporción de lactantes que a edades muy tempranas ya no reciben esta alimentación insustituible, quedando más expuestos a presentar desnutrición e infecciones enterales y de otros sistemas.

En la década de los años treinta del presente siglo los especialistas aún pugnaban por la introducción de frutas, verduras, huévos, carnes y cereales en la dieta de los lactantes, una vez que los primeros dientes hacían su aparición. Al

finalizar la Segunda Guerra Mundial la erupción de los dientes fue descartada como criterio para iniciar la ablactación. Desde entonces las papillas y los zumos de frutas se han ofrecido a las nuevas generaciones a edades cada vez más tempranas. El tipo de lactancia y los alimentos que recibe el niño durante el primer año de vida están sujetos a las modalidades propias de cada cultura; cabe reconocer que a pesar de las divergencias entre las culturas, existen similitudes entre los patrones de alimentación de los niños. La semejanza obedece a las escasas opciones que pueden ser ofrecidas al lactante, debido a las limitaciones orgánicas y funcionales que predominan en su primer semestre de vida.

Los conceptos que prevalecen en ciertos grupos étnicos acerca de los alimentos: "ligeros" o "pesados" o "fríos" o "calientes", hacen que las madres eviten dar a sus hijos algunos de ellos. Creen que la combinación de alimentos fríos y calientes puede ser causa de enfermedades, y que la carne de cerdo, el huevo y algunas leguminosas son alimentos prohibidos para los lactantes.

El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría de los E.U.A. considera tres etapas de la alimentación de los lactantes. La primera es aquella en la cual son alimentados únicamente al seno materno o reciben una fórmula apropiada a sus características fisiológicas. La segunda es considerada de transición; durante ella se introducen alimentos preparados en forma especial para el niño, iniciándose la ablactación. La última corresponde a la incorporación del pequeño a la dieta familiar.

En estudios de crecimiento y desarrollo efectuados en zonas rurales de México, se indica que alrededor del cuarto mes, la lactancia al seno suele ser insuficiente para satisfacer la demanda de nutrimentos que exige el crecimiento del niño, por lo cual la ablactación se inicia al cuarto mes de vida (Vega, 1990).

Barria y Orozco (1990) realizaron un estudio en Chile, su país, para determinar la proporción de niños que al mes de vida reciben fórmula láctea, los motivos de su administración, la edad al iniciarla y su influencia. Encontraron que: de 365, el 23% al

mes recibían fórmula; en un 81% de estos casos el destete fue indicado por personal de salud; 15 madres administraron este tipo de alimento por iniciativa propia; las mujeres de mayor edad y experiencia introdujeron antes la fórmula como suplemento; el trabajo fuera del hogar ocasionó el destete precoz, y; la patología y bajo peso del niño obligaron a la suspensión de la lactancia natural.

Se ha encontrado que la lactancia natural se suspende por distintas causas. Una de ellas se origina en las recomendaciones del médico. En ocasiones éste, en lugar de apoyar y dar confianza a la madre para amamantar a su hijo, por falta de conocimiento o por comodidad al no invertir tiempo para promover las ventajas de la leche humana, prescribe la leche industrializada. Ciertas prácticas hospitalarias también son causantes del abandono del amamantamiento (separación posparto de la madre y el hijo, instrucción insuficiente y escaso apoyo emocional a la madre, y el dar en el hospital como prestación social leche industrializada durante un determinado número de meses). Otra causa es el impedimento de que las mujeres amamenten libremente a su hijo durante la jornada laboral. La preocupación de las mujeres por perder su buena figura y la firmeza de sus senos por lactar, es una causa más para alimentar con leche industrial. Una causa adicional para no amamantar reside en algunos valores culturales, por ejemplo, hay personas que consideran a la lactancia vulgar y de mal gusto, practicada por mujeres de clases sociales bajas, y función exclusiva del género animal y no del humano (Fernández, 1986).

Como hemos visto hasta aquí, las investigaciones realizadas pretendieron descubrir las influencias de ciertos factores sociales y de la atención hospitalaria sobre la práctica de la lactancia materna. Sin embargo, poco se ha estudiado la importancia que para tal práctica podrían tener los aspectos psicológicos maternos, tales como sus conocimientos, creencias y predisposiciones acerca de la lactancia, la ablactación y la alimentación en general de los bebés. Hay que ver que las personas actúan en relación a experiencias, creencias y expectativas (McGillicuddy-DeLisi, 1982). Si no

sabemos qué intereses y pensamientos tienen sobre el amamantamiento, el abandono precoz de la lactancia materna probablemente se siga dando, a pesar de los programas que se implementan en los hospitales para fomentarla. Esos programas no han tomado en cuenta esos aspectos subjetivos de las madres. Los hallazgos que se obtengan acerca de esos aspectos podrían ser considerados para el mejoramiento de tales programas.

Los estudios revisados muestran que algunas madres dejan de amamantar a su bebé a edades muy tempranas y otras ni siquiera llevan a cabo estas prácticas, a pesar de los programas que se han implementado en algunos hospitales para fomentar la lactancia materna.

¿Cuáles serán las razones por las cuales las madres abandonan esta práctica? Asaud (1983), en su estudio sobre los patrones de crianza empleados por los padres de diferentes clases sociales, se pregunta cuáles son las razones que llevan a las personas a comportarse de cierta manera. ¿Serán sus expectativas, sus características psicológicas o serán todas ellas? McCadies (1981) menciona que las personas que cuidan a los niños, en este caso las madres, no siempre actúan en concordancia con sus y pensamientos, y que éstos influyen en la dirección de su conducta. Por su parte, McGillicudy (op. cit) menciona que los padres actúan con base en sus creencias, pensamientos y experiencias.

Estos estudios nos llevan a pensar que posiblemente los programas no estén funcionando como se espera porque desconocen y se implementan al margen de los aspectos subjetivos de las mujeres que acaban de parir: qué piensan, qué creen y qué expectativas tienen sobre el amamantamiento.

Sugieren la necesidad de que se analice los motivos a nivel psicológico (como son creencias, pensamientos, expectativas) que pudieran influir en la decisión de destetar a edades muy tempranas al niño y de seguir determinadas pautas de alimentación con él.

## **OBJETIVO**

### **General:**

Identificar las creencias, experiencias y expectativas de las madres acerca de la alimentación de los bebés, las cuales podrían limitar la influencia de programas hospitalarios que pretenden estimular la lactancia materna precoz y duradera.

### **Específicos:**

Identificar las experiencias, creencias, y expectativas de las madres relacionadas con la lactancia materna.

Descubrir las experiencias, creencias, y expectativas de las madres relacionadas con la dieta de los bebés.

Analizar la compatibilidad entre (1) los hallazgos sobre los aspectos subjetivos maternos en torno a alimentación de los bebés arriba mencionados y (2) las expectativas del Programa de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna de la SSA.

## METODO

### **Sujetos:**

60 mujeres multigestas que asistieron por parto y puerperio al hospital: 30 al Programa de Hospitalización Ordinaria, y 30 al Programa de Alojamiento Conjunto.

**Criterios de inclusión:** Toda mujer multigesta que acudió por parto y puerperio al hospital, cuyo hijo nació vivo y fue producto único.

**Criterios de exclusión:** Mujeres con parto múltiple, mujeres cuyo hijo nació con problemas de salud o inerte y mujeres sin hijos porque hubieran fallecido.

**Criterios de eliminación:** Mujeres que no desearon participar en la investigación o con problemas de salud.

### **Instrumento:**

Lista de preguntas como guía de entrevista.

### **Materiales:**

Lápiz y papel.

### **Equipo:**

Una computadora y los paquetes Word Perfect y SPSS.

### **Situación o lugar :**

Salas de recuperación post parto del área de gineco-obstetricia de ambos hospitales.

### **Procedimiento:**



Se realizaron los trámites necesarios para ingresar a los hospitales y contactar a las madres con las que se llevó a cabo el estudio.

Teniendo la autorización por parte de los hospitales, se entrevistaron a cuatro púerperas de cada hospital para validar la guía de entrevista.

Posteriormente, se realizaron las entrevistas. Cada entrevista la llevaron a cabo dos investigadores uno formuló las preguntas y el otro anotó literalmente las contestaciones de la madre.

Después de reunir todas las entrevistas se inició la codificación y procesamiento de los resultados.

**Codificación:** Se realizó de la siguiente manera:

1. Se escogieron las entrevistas que reunieron las características pertinentes: datos completos y de la población estipulada.
2. Se clasificaron las respuestas que las mujeres dieron a las preguntas durante la entrevista.
3. Se hicieron matrices para organizar las variables.
4. Se realizó el análisis cuantitativo de los resultados (frecuencias, porcentajes, correlaciones, diferencias significativas).

Se elaboraron tablas y gráficas de resultados.

**Sistema de análisis de resultados:**

Descripción sintética de los hallazgos; elaboración de gráficas (histogramas) y tablas para representar frecuencias, porcentajes y medias de las variables observadas; y cálculos estadísticos para buscar correlaciones y diferencias significativas entre variables.

**Variables contempladas en la investigación:**

1. Experiencias: acciones en el pasado con otros hijos respecto a la lactancia (ítems 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 41, 42, 51).
2. Creencias: pensamientos y sentimientos en base a la lactancia (ítems 2, 10, 11, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 53).
3. Expectativas: pensamientos y acciones prácticas a futuro para la realización de la lactancia (ítems 22, 24, 34, 48, 54).

**Hipótesis de investigación:**

1. Probablemente exista alguna relación entre las experiencias, creencias o expectativas maternas sobre la alimentación de los bebés con lo pretendido por el Programa de Alojamiento Conjunto y Fomento de la Lactancia Materna de la Secretaría de Salud.

**Diseño:**

Fue comparativo y descriptivo, ya que el estudio cuenta con dos poblaciones (madres que acudieron al programa de hospitalización ordinaria y madres que acudieron a alojamiento conjunto). Fue descriptivo en función de un conjunto de variables (sobre experiencias, creencias y expectativas maternas en relación a la alimentación del bebé). Exploro transversal y sistemáticamente las magnitudes de tales variables y las posibles correlaciones entre ellas dentro de la misma población.

## RESULTADOS

A continuación se hace la presentación de los resultados obtenidos en la investigación, tomando en cuenta las variables definidas en el método, las cuales son: experiencias, creencias y expectativas. Aclarando que primeramente se hace la descripción de lo encontrado en Hospitalización Ordinaria, para posteriormente pasar a los resultados de Alojamiento Conjunto. Así mismo se hace una comparación entre estos.

### EXPERIENCIAS

#### EXPERIENCIAS CON EL PRIMER HIJO

En los dos hospitales casi todas las madres le dieron seno a su primer hijo y el tiempo que la mayoría le dedicó a esta práctica fue entre 3 y 9 meses. Una pequeña diferencia encontrada es que en alojamiento conjunto hubieron más madres que alimentaron de 9 a 12 meses o más, a diferencia de las mujeres de hospitalización ordinaria. La ocupación y el empleo juegan un papel importante, por ejemplo varias de las mujeres de alojamiento conjunto son empleadas domésticas o se dedican al comercio y pueden llevarse a sus hijos a su trabajo y alimentarlos en cualquier momento, a diferencia de las de hospitalización ordinaria que son empleadas federales y tienen que dejar a su hijo en guarderías o al cuidado de otra persona. Y solo unas pocas no amamantaron (Ver figs. 1 y 2).

Algunas señoras comentaron que sentían que los senos se le llenaban de leche cuando su hijo lloraba, otras los sentían llenos de dos a tres horas después de amamantarlos, unas cuantas sentían sus senos llenos todo el tiempo, el resto no le dio seno a su bebé.

En contraste en alojamiento conjunto, poco menos de la mitad de las madres aseguraron que los senos se llenan de leche: a) terminando de

# DIO SENO A SU PRIMER HIJO

## FIGURA 1

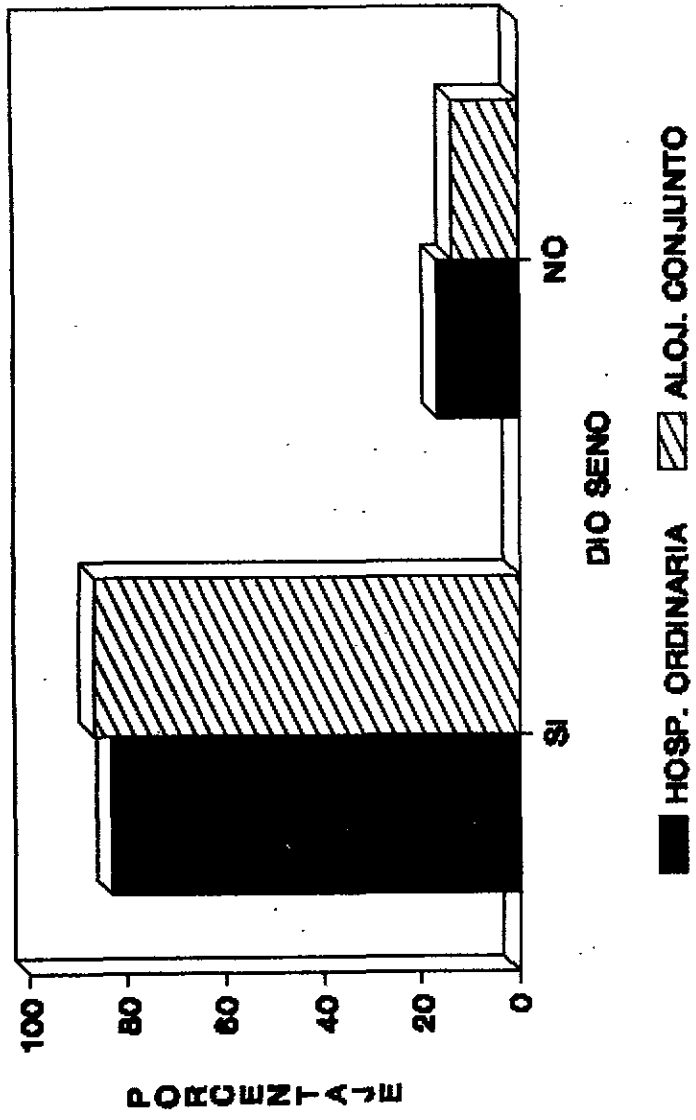


Fig. 1 Dío seno a su primer hijo

## TIEMPO DE LA LACTANCIA FIGURA 2

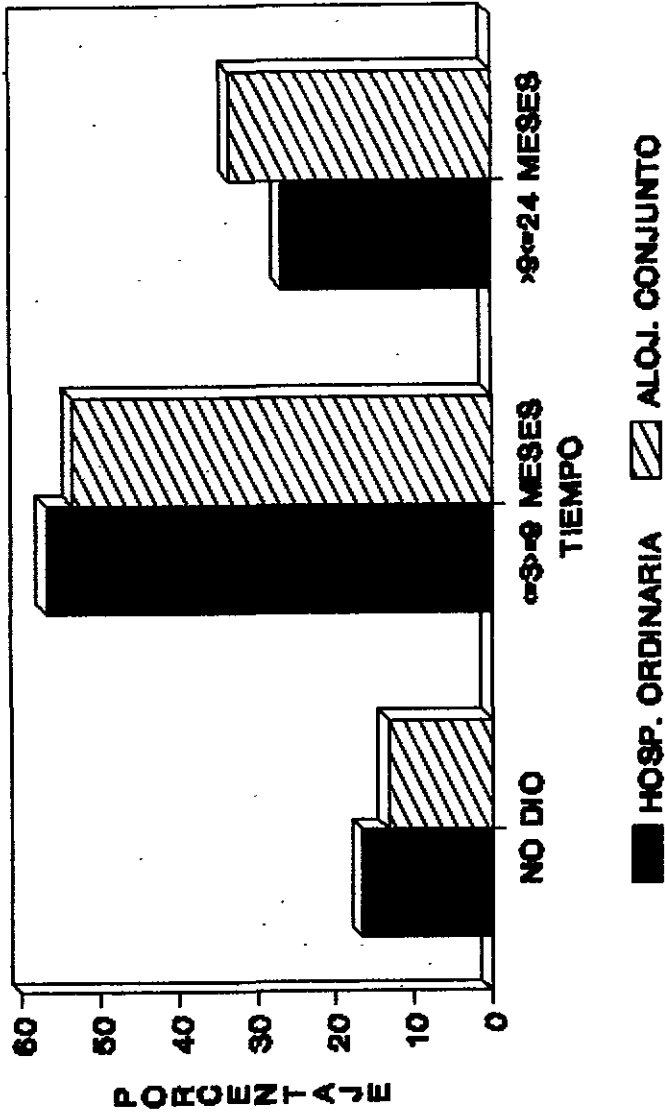


Fig. 2 Tiempo de la lactancia con el primer hijo.

amamantar al bebé, b) después de que la madre se alimentó, y c) siempre los tienen llenos. Otra parte comentó que después de 2 a 4 horas de haber amamantado y otras pocas dijeron que la bajada de leche se produce cuando llora por hambre el bebé, aproximadamente entre dos y cuatro horas después de haber lactado. Después de la aplicación de la prueba estadística Chi Cuadrada con un nivel de significancia de .05 se encontró una diferencia significativa de .1830 lo cual nos indica que existe una relación entre lo que piensa la madre sobre la bajada de la leche y lo planteado en el programa de alojamiento conjunto *el cual fomenta la lactancia (Ver fig. 3).*

Se encontró en ambos hospitales que aquellas madres que reportaron haber tenido alguna dificultad cuando amamantaron a su primer hijo, comentaron haber tenido problemas con la leche (era insuficiente) o con el pezón (invertido o plano). De aquellas que estuvieron en hospitalización ordinaria algunas reportaron haber tenido esa dificultad menos de un mes y solo algunas las tuvieron de 1 a 2 meses, a diferencia del alojamiento conjunto en donde también comentaron haber tenido esta dificultad pero fue menor el tiempo de presentación. La forma en la que solucionaron estas dificultades variaron, en primer lugar, se encuentran las creencias maternas (uso de lubricantes o humectantes como son: mantequilla, aceite, crema o leche materna), en segundo lugar se encuentra el que tuvieron que usar leche industrializada, sacarse ellas mismas de su leche o dar más seguido leche al bebé y solo unas cuantas no hicieron nada para solucionarlo ya que no sabían como hacerlo. Las restantes reportaron no haber tenido ninguna dificultad (Ver figs. 4, 5 y 6).

En ambos tipos de hospitalización la mitad de las madres reportó que los cambios anatómicos que sufrieron cuando amamantaron a su bebé fueron: deformación de senos, desinflamación del estómago, adelgazar o engordar, se

# BAJADA DE LA LECHE FIGURA 3

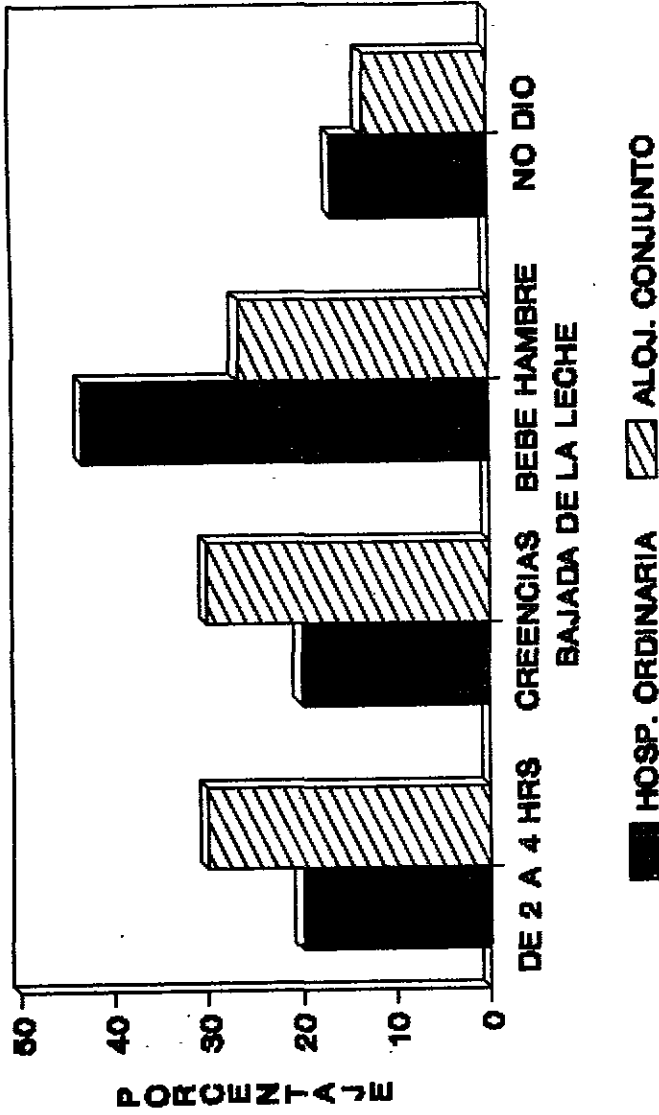


Fig. 3 Momento en que sentia que se le llenaban los senos de leche.

# DIFICULTADES PARA AMAMANTAR

## FIGURA 4

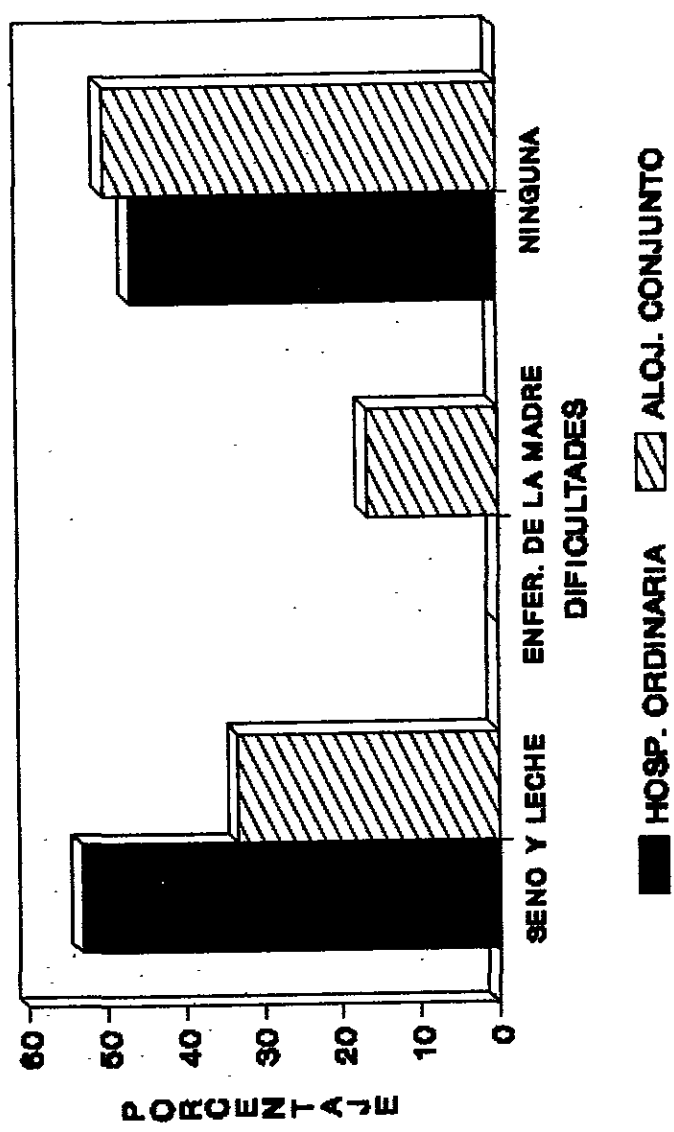


Fig. 4 Dificultades que tuvo la madre para amamantar al primer hijo.



## DURACION DE LAS DIFICULTADES FIGURA 6

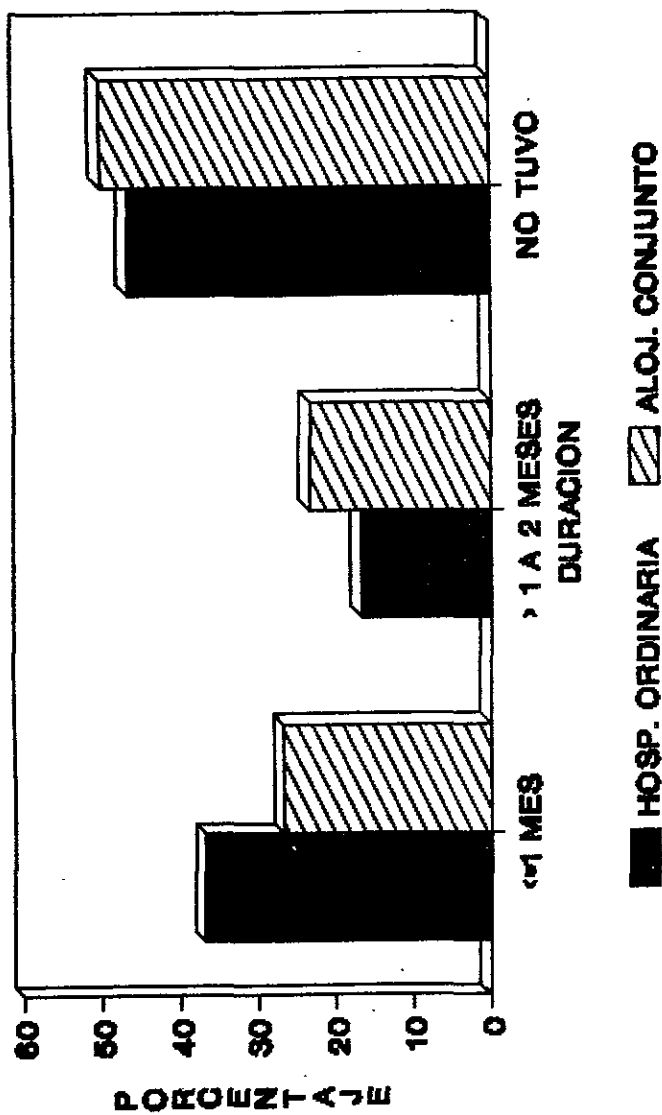


Fig. 6 Duracion de las dificultades con el primer hijo durante la lactancia

## RESOLUCION DE LAS DIFICULTADES FIGURA 6

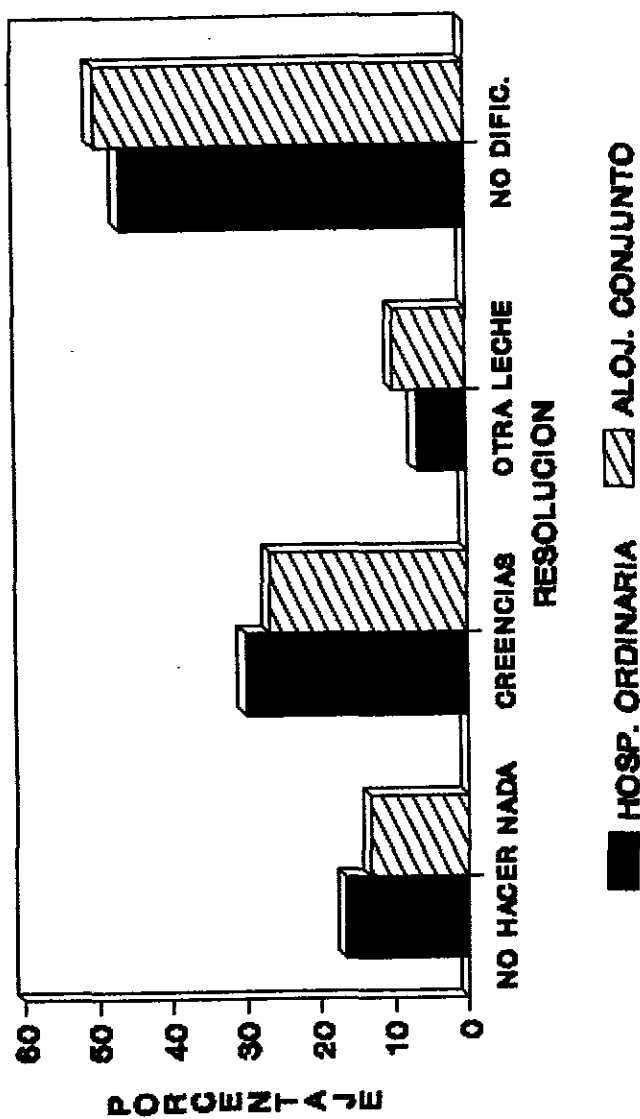


Fig. 6 Solución que dio la madre a las dificultades que presentó con la lactancia del primer hijo.

detuvo el sangrado menstrual y caída del cabello, otras no observaron ningún cambio y unas pocas no le dieron seno al bebé (Ver fig. 7).

El beneficio que obtuvieron algunas de las mujeres cuando le dieron seno a su hijo fue que no trabajaron tanto y tuvieron un ahorro, al no gastar en otra leche. Otras resaltaron que respecto a la relación madre-hijo, hubo más acercamiento entre ellos, "se sentían realizadas como madres". Unas pocas vieron resultados positivos en su salud, ya que reportaron que su cuerpo se recuperaba más rápido. Y las restantes de la población no le dieron o no observaron ningún beneficio. Lo cual coincide con lo mencionado por las mujeres de hospitalización ordinaria, al mencionar: la economía, comodidad, acercamiento, etc. cuando amamantaron a su hijo (Ver fig. 8).

Casi todas las madres mencionaron que el beneficio que obtuvo el bebé con la lactancia fue el que ésta le ayudo en su desarrollo (se nutrió y creó defensas). Y unas pocas no amamantaron.

Algo similar reportaron más de la mitad de las madres de alojamiento conjunto, las cuales afirmaron que los beneficios que obtuvo su hijo al lactar fue obtener defensas inmunológicas, vitaminas, ayudó a su crecimiento, no tuvieron cólicos y se crea un mayor lazo afectivo entre la madre y el niño. Algunas de las mujeres no pudo responder a esto ya que no le dieron seno a su hijo (Ver fig. 9).

La mayoría de las madres reportaron que no podían realizar ninguna actividad cuando le daban seno a su hijo y unas pocas solamente podían hacer pequeños quehaceres (doblar ropa, leer libros, sacudir). El resto no le dio seno a su bebé. La única diferencia encontrada en los dos hospitales fue que la actividad que no realizaron las mujeres de alojamiento conjunto fue el leer libros (Ver fig. 10).

# MODIFICACION ANATOMICA

## FIGURA 7

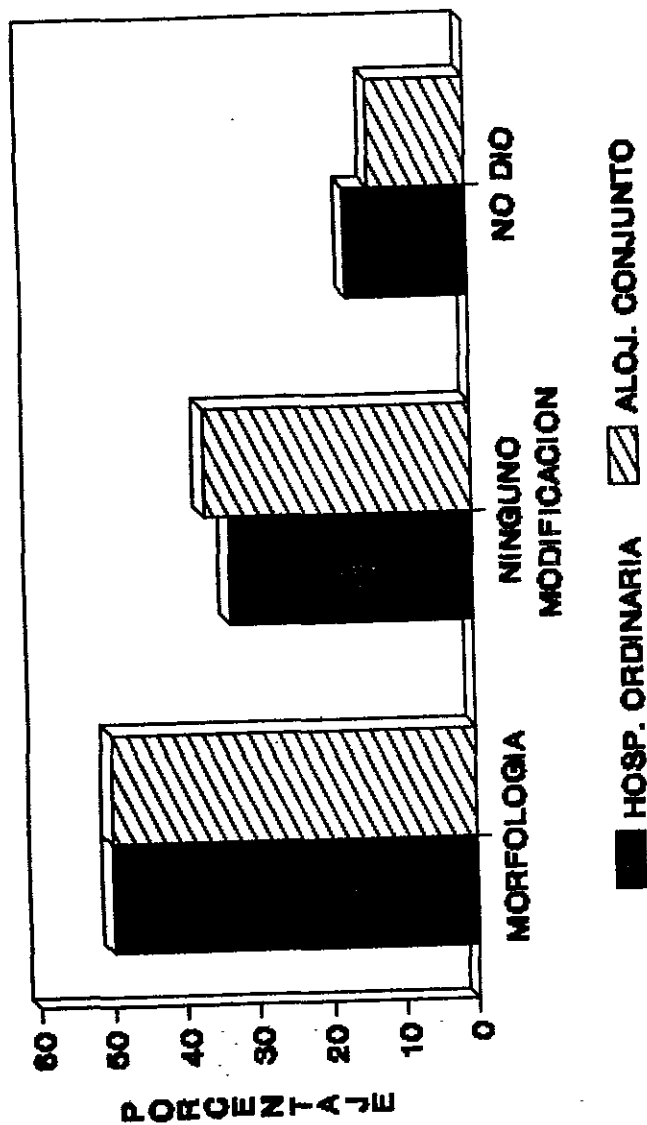


Fig. 7 Modificación anatómicas de la madre durante la lactancia del primer hijo.

# BENEFICIOS DE LA LACTANCIA PARA LA MADRE

FIGURA 8

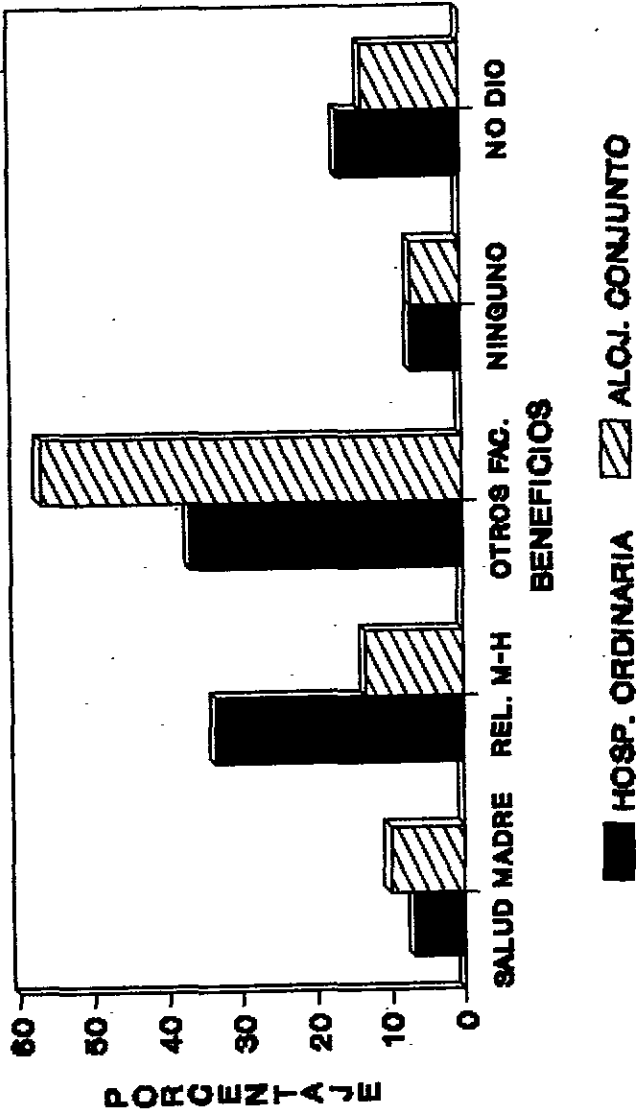


Fig. 8 Beneficios que le trajo a la madre la alimentación al seno con su primer hijo.

# BENEFICIOS DE LA LACTANCIA PARA EL BEBE

## FIGURA 9

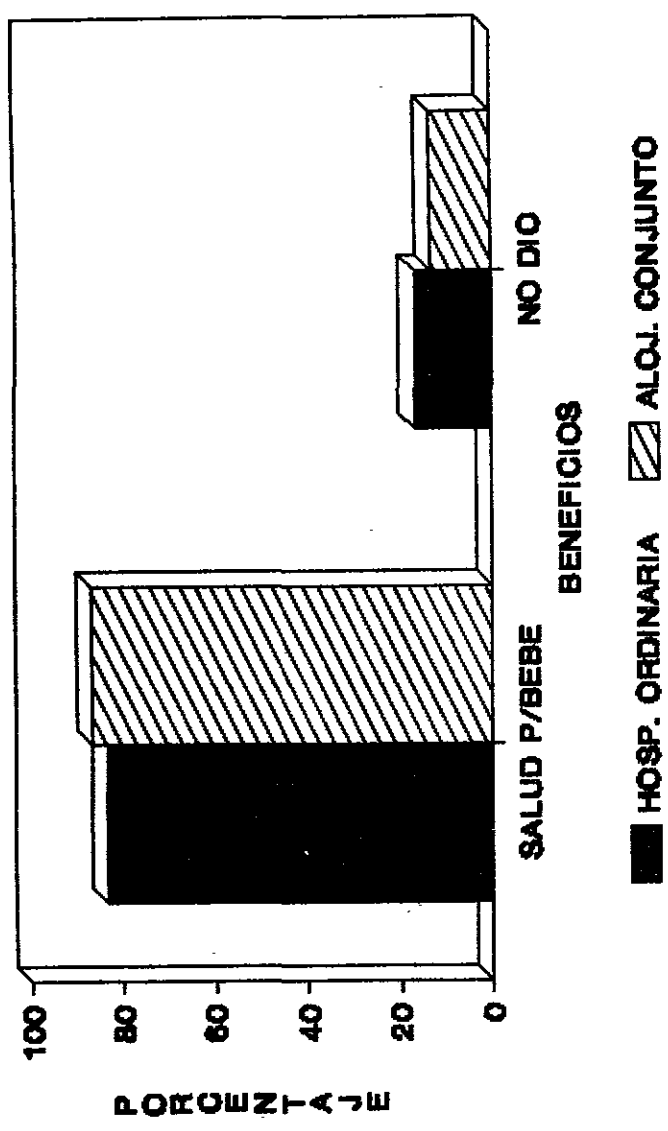


Fig. 9 Beneficios que obtuvo el primer hijo con el seno.

# ACTIVIDADES REALIZADAS AL AMAMANTAR

## FIGURA 10

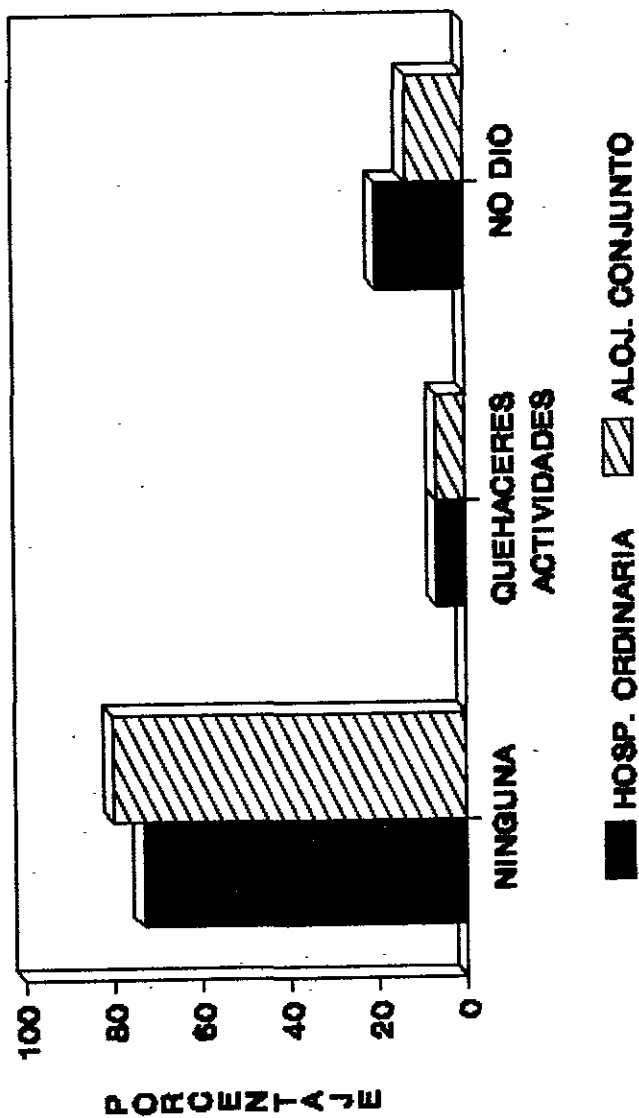


Fig. 10 Actividades realizadas por la madre al alimentar al seno a su primer hijo.

Respecto a cuánto tiempo amamantaron a su bebé en cada seno, menos de la mitad de la población aseguró que cambiaban de seno cuando el bebé lo soltaba, un porcentaje menor comentó que duraban de cinco a veinte minutos alimentando de cada lado, y solamente unas cuantas dijeron que cambiaban de seno cuando la madre sentía que ya no tenía leche o que del otro lado les goteaba, un porcentaje mínimo no respondió por no haber amamantado. De acuerdo a la prueba estadística Chi Cuadrada con un nivel de significancia de .05 encontramos una diferencia significativa de .1979 entre el tiempo que la madre piensa que se debe de alimentar de cada seno al bebé y lo propuesto en el programa que fomenta la lactancia, ya que en el programa se les dice a las madres que deben amamantar de cada seno aproximadamente de 5 a 10 minutos (Ver fig. 11).

Para que el bebé soltara el pezón, más de la mitad de las madres manipulaba la barbilla y los labios de su hijo, otras comentaron que su hijo lo soltaba solo y el resto no le dio, lo cual es observado de igual forma en los dos hospitales (Ver fig. 12).

Se encontró que los motivos por los que las madres dejaron de amamantar fueron: primero, las creencias (mencionaban que los bebés rechazaban el seno), segundo, por el trabajo y por último la prescripción médica (salud de la madre o el bebé).

En contraste, en alojamiento conjunto aunque mencionaron los mismos motivos de abandono de la lactancia se encontró que para ellas los principales motivos por las que las madres dejaron de amamantar fueron: en primer lugar, por creencias (el bebé rechazó el seno), en segundo lugar, por prescripción médica (salud de la madre o el bebé) y tercero, por el trabajo de las madres y el resto de la población no amamantó a su hijo (Ver fig. 13).



# CAMBIO DE SENO AL AMAMANTAR

## FIGURA 11

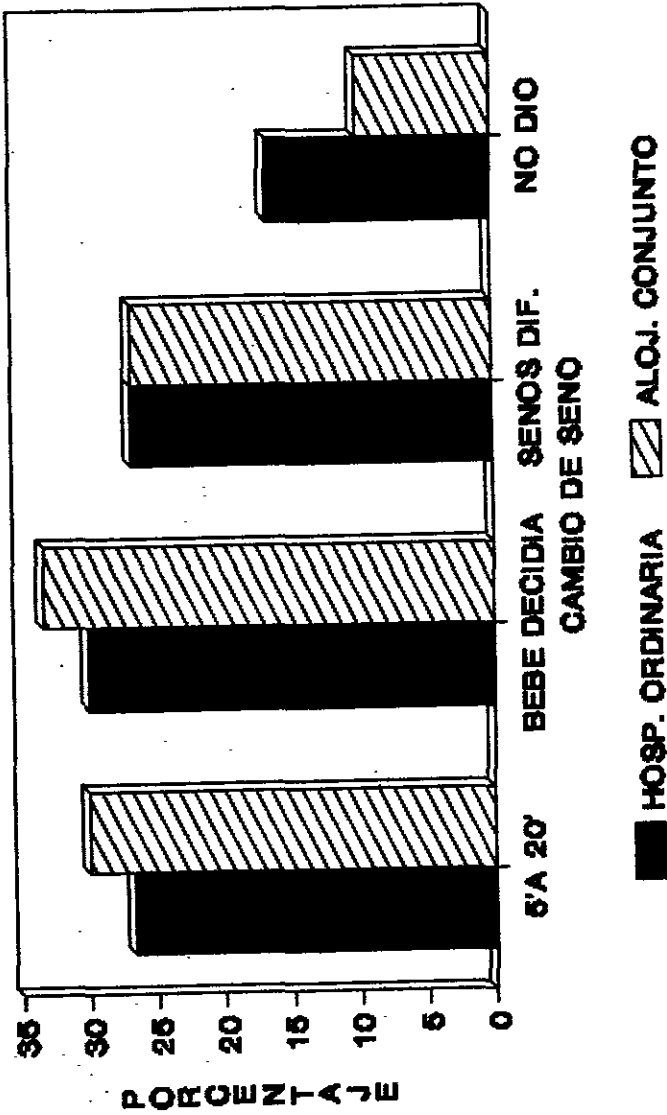


Fig. 11 Momento en que la madre cambiaba al bebé de seno.

# ACCIONES P/ QUE EL BEBE SOLTARA EL PEZON

## FIGURA 12

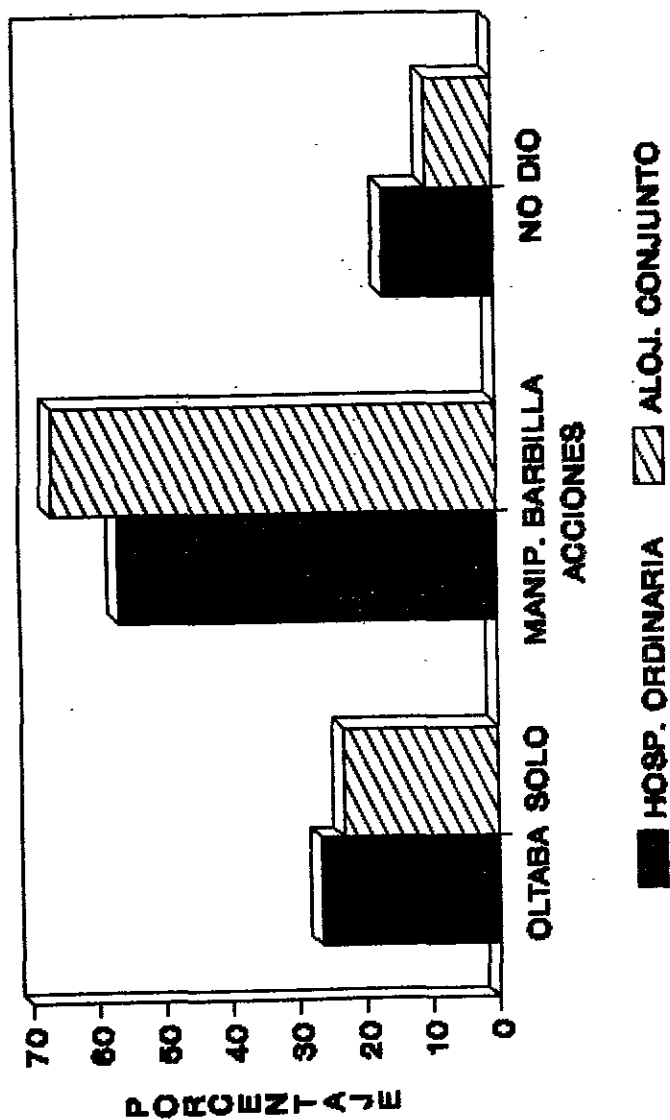


Fig. 12 Acciones de la madre para que el bebé soltara el pezón.

# MOTIVO DE ABANDONO DE LA LACTANCIA

## FIGURA 13

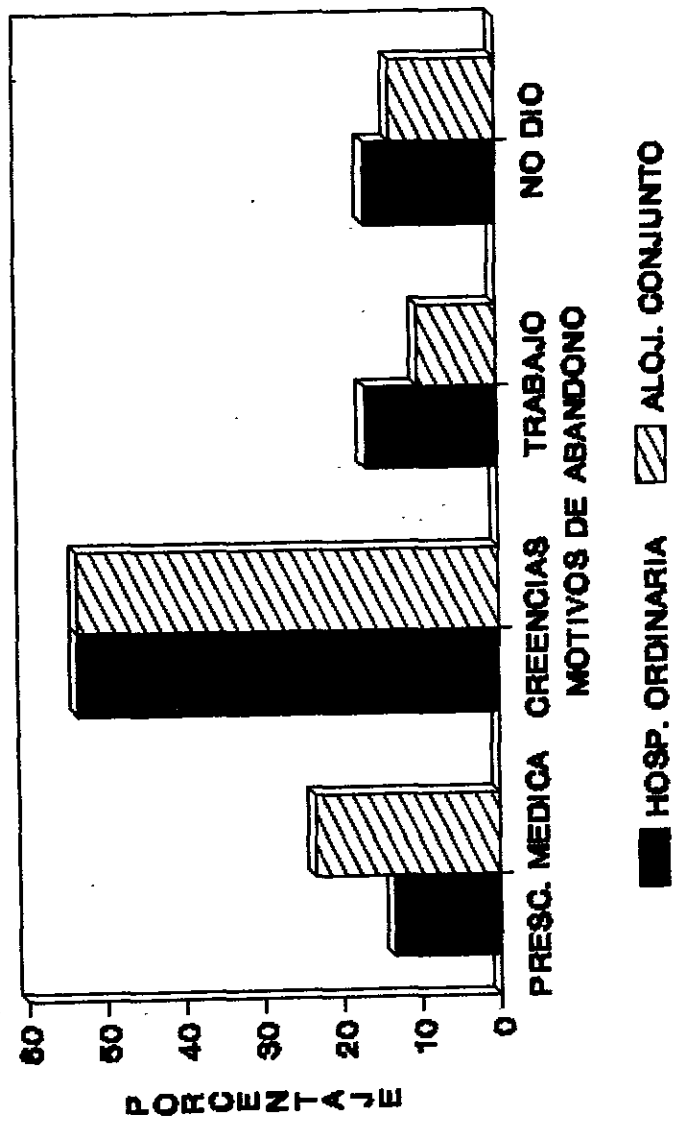


Fig. 13 Motivos de abandono de la lactancia en el primer hijo.

Poco menos de la mitad de la población no obtuvo ningún beneficio cuando le dio biberón al bebé, ya que tenían que trabajar más e invertir dinero extra. Las restantes informaron que el beneficio que obtuvieron fue que podían ir a trabajar y dejarle el alimento a su hijo sin ningún problema ni preocupación, a diferencia del otro hospital que se lo daban para terminarlo de alimentar, unas cuantas de la población no pudo contestar ya que no le dio biberón a su hijo.

Algo similar es mencionado por la mayoría de las madres de alojamiento conjunto, comentaron que no tuvieron ningún beneficio ya que trabajaban y gastaban más, sólo unas cuantas, dijeron que con éste lo terminaban de alimentar. Aquí se encontró una diferencia de opiniones, ya que las madres de hospitalización ordinaria podían ir a trabajar y dejar el alimento para que otra persona se lo diera al bebé y un porcentaje mínimo de la población no dio biberón (Ver fig. 14).

De las madres que dieron biberón, casi la mayoría comentó que el mayor beneficio, que obtuvo su hijo, fue en la alimentación, pues quedaba más satisfecho y obtenía líquidos. Unas cuantas mencionaron que su hijo no tuvo ningún beneficio ya que el biberón le provocaba cólicos y estreñimiento.

A diferencia de lo mencionado anteriormente en alojamiento conjunto un poco más de la mitad de las señoras comentó que su hijo no obtuvo ningún beneficio con el biberón (le daban cólicos, diarrea o estreñimiento). Las que si observaron beneficios fue en cuanto al desarrollo del niño. Solo algunas no dieron biberón. Lo que se puede deber a que para las madres de hospitalización ordinaria es más fácil alimentar a su hijo con biberón, ya que tienen que irse a trabajar y dejan a su hijo a cargo de otra persona a desemejanza de alojamiento conjunto (Ver fig. 15).

# BENEFICIOS DEL BIBERON PARA LA MADRE FIGURA 14

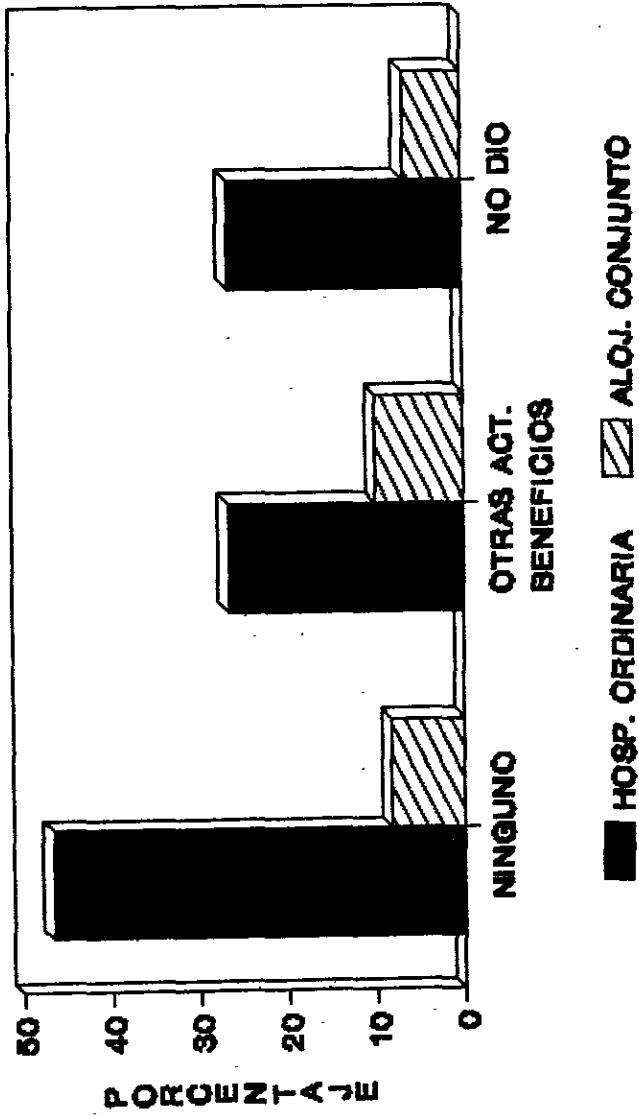


Fig. 14 Beneficio que obtuvo la madre con la alimentación a biberón en el primer hijo.

# BENEFICIOS DEL BIBERON PARA EL BEBE

## FIGURA 15

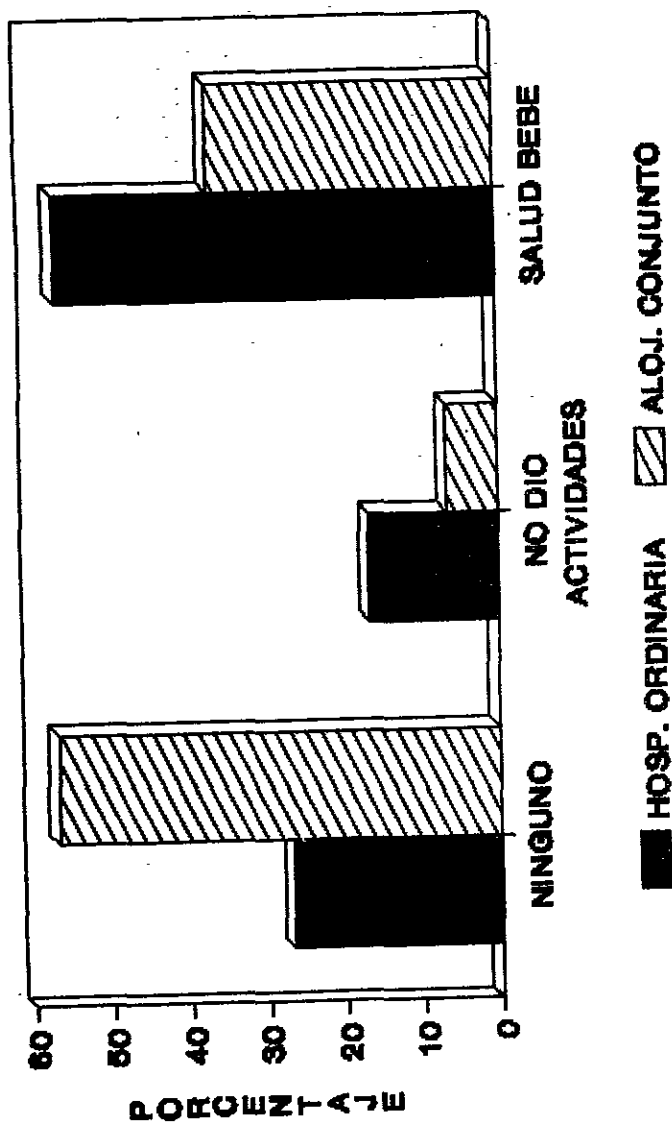


Fig. 15 Beneficios que obtuvo el bebé al introducir el biberón.

En el momento que alimentaban con biberón ninguna podía realizar otra actividad y sólo una minoría realizaban quehaceres como: lavar trastes, sacudir y escombrar, pero vigilándolo.

A diferencia de alojamiento conjunto gran parte de la población pudieron realizar quehaceres domésticos cuando le dieron biberón a su hijo y algunas comentaron que no pudieron hacer nada porque los tenían que estar vigilando (retirarles el biberón en caso de tos, o que no se atragantaran) (Fig. 16).

El principal beneficio que obtuvieron las madres al introducir alimento diferente a la leche materna fue: ayudarlos en su desarrollo al consumir otros nutrientes, que ya no se pegaran tanto al pecho y no hacer visitas frecuentes al médico. Otras reportaron que tuvieron un mayor acercamiento con su hijo, ya que empezaron a conocer sus gustos, se sentían bien al saber el tipo de alimento que le daban y estaban tranquilas, puesto que les permitía dejarles el alimento preparado para que se los diera otra persona mientras ellas trabajaban, lo que fue reportado en los dos hospitales (Fig. 17).

Casi la totalidad de las madres comentó que dentro de los beneficios que obtuvieron sus hijos al introducir papillas y alimentos sólidos se encuentran, el desarrollo del niño y el crecimiento sano. Y unas pocas no observaron ningún beneficio.

En cambio en alojamiento conjunto el 100% de las madres mencionaron que con la introducción de papillas su hijo creció y se desarrolló más (aumentó de peso y talla) (Ver fig. 18).

# ACTIVIDADES REALIZADAS AL DAR BIBERON

## FIGURA 16

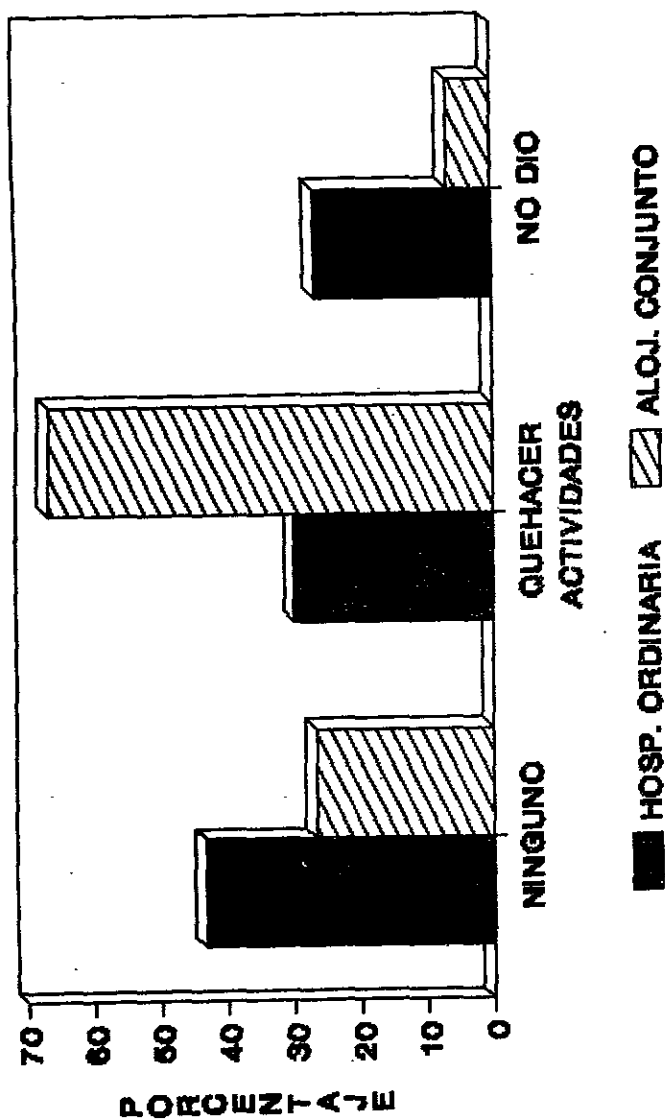


Fig. 16 Actividades que realizaba cuando le daba biberón al bebé



# BENEFICIOS P/MADRE CON OTROS ALIMENTOS

FIGURA 17

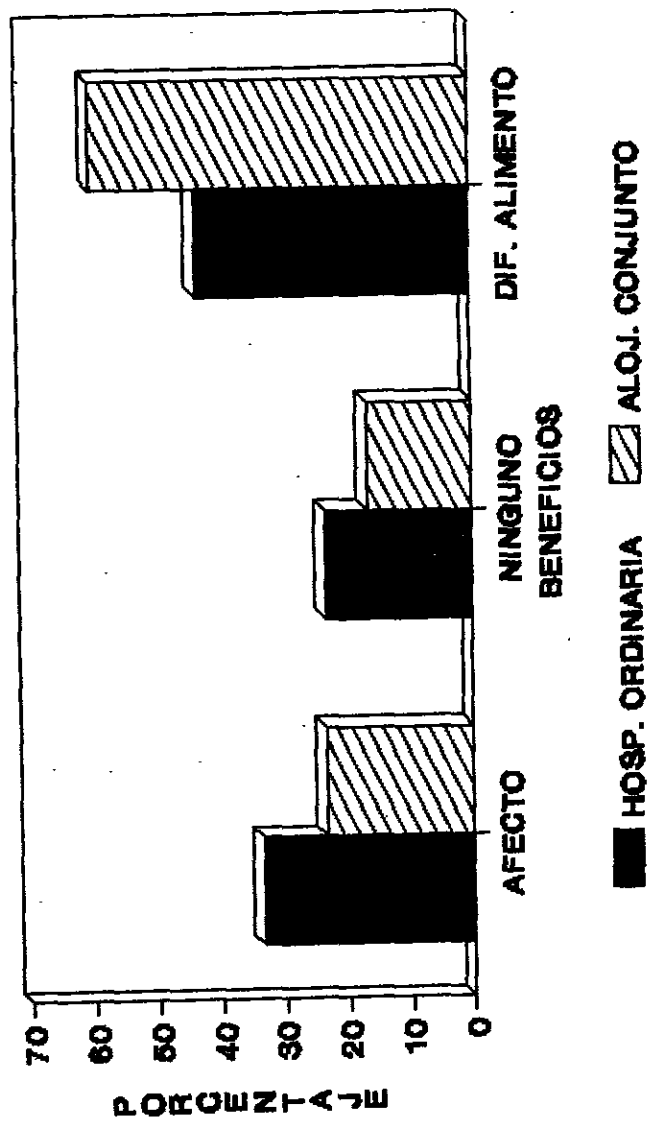


Fig. 17 Beneficios que obtuvo la madre con la introducción de alimentos sólidos con el primer hijo.

# BENEFICIOS P/BEBE CON OTROS ALIMENTOS

## FIGURA 1B

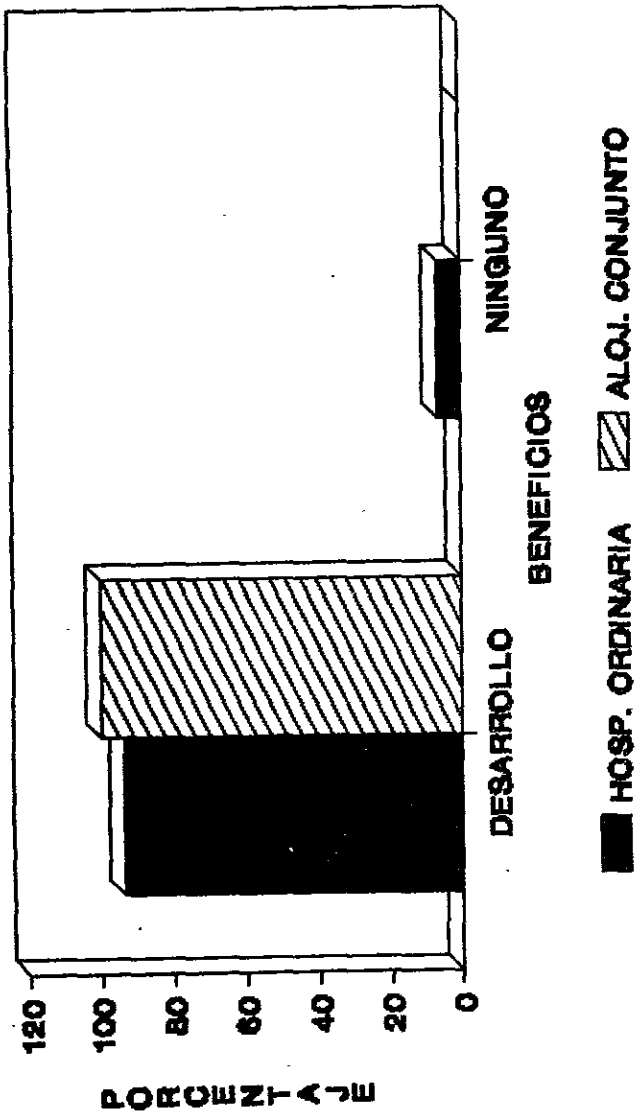


Fig. 1B Beneficios que obtuvo el primer hijo con la introducción de otros alimentos.

### **EXPERIENCIAS CON EL RECIEN NACIDO**

En ambos hospitales más de la mitad de las madres dijeron no haber tenido dificultades para amamantar al recién nacido. Las que si tuvieron alguna, mencionaron no haber tenido leche suficiente para alimentarlo y no haber tenido formado el pezón para la lactancia, además del agrietamiento. La solución que dieron a la insuficiencia de leche, fue una mejor alimentación para ellas, darle seno más seguido al bebé y dar masaje como una forma de estimulación. Y en cuanto al problema con la formación del pezón (invertido o plano) y el agrietamiento, practicaron ejercicios para formarlo, por ejemplo, tomar el pezón con los dedos, jalando y girándolo suavemente. En la variable "Dificultades para amamantar al último hijo" se encontró una diferencia significativa de .0707 lo que quiere decir que existe una relación entre la variable y lo planteado en el programa de fomento a la lactancia (Ver figs. 19 y 20).

Tanto en hospitalización ordinaria como en alojamiento conjunto casi todas las madres aprendieron la forma de alimentar a su hijo, con la experiencia que obtuvieron con sus hijos anteriores y con las recomendaciones que les daban los especialistas (médicos y enfermeras), y el resto, además de su experiencia, con las recomendaciones que les daban otras personas. De acuerdo a la prueba estadística aplicada en este estudio encontramos una diferencia significativa de .3017, es decir existe una relación entre la forma en la que las madres alimentan a su hijo y el objetivo de alojamiento conjunto, que es el que la madre aprende alimentar a su hijo (Ver fig. 21).

# DIFICULTADES P/AMAMANTAR AL ULTIMO HIJO

## FIGURA 19

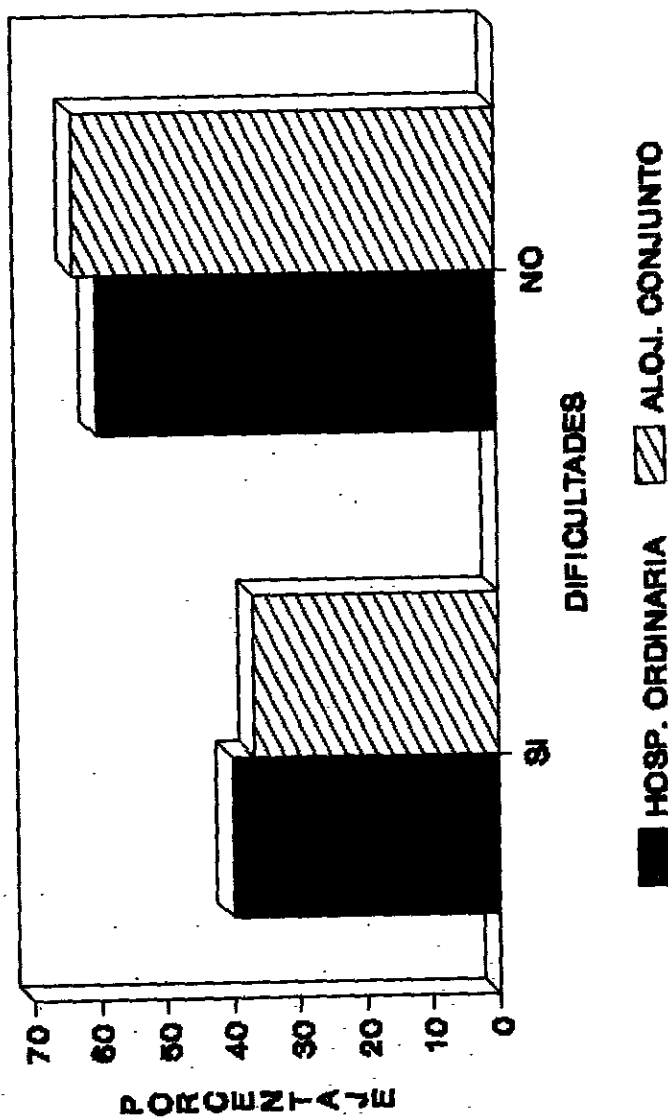


Fig. 19 Dificultades para amamantar al último hijo.

# RESOLUCION DE DIFICULTADES EN LA LACTAN.

## FIGURA 20

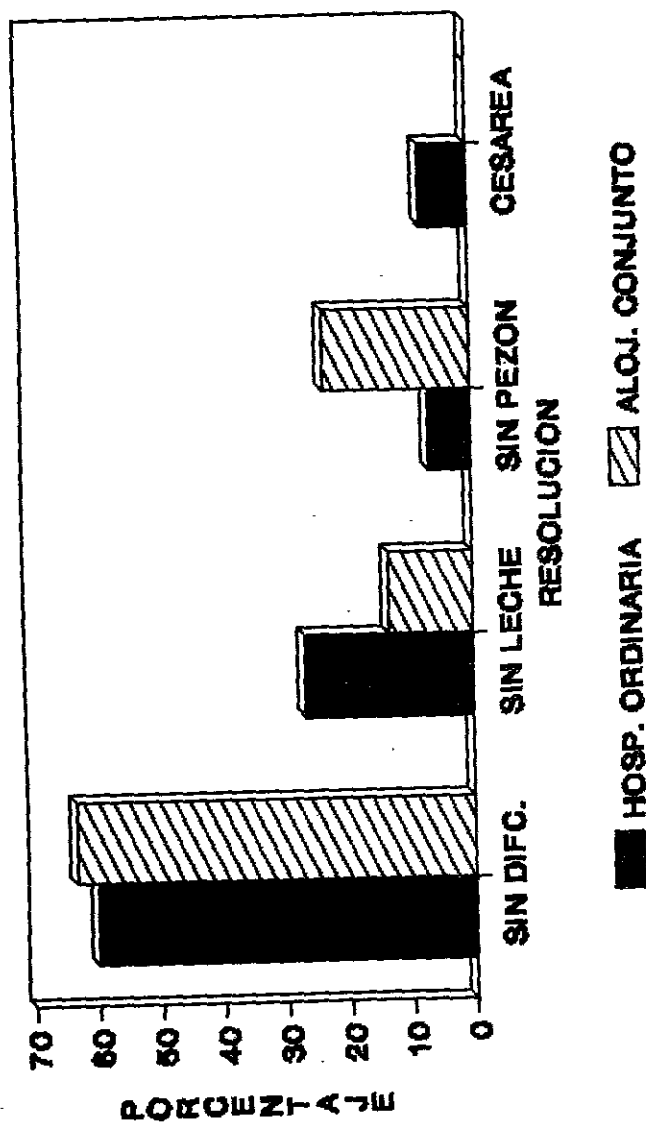


Fig. 20 Solución que dio a las dificultades que presentó durante la lactancia con el último hijo.

# MEDIOS POR LOS QUE APRENDIO A AMAMANTAR

FIGURA 21

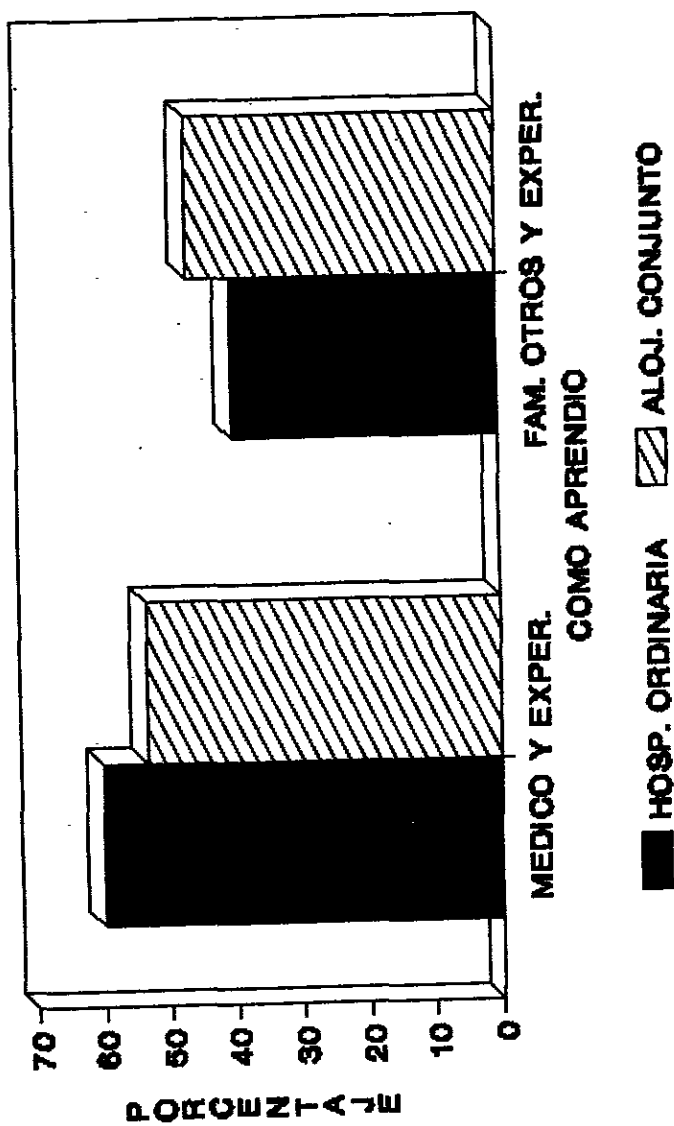


Fig. 21 Como aprendio la forma de alimentar a su hijo.

## CREENCIAS

### CREENCIAS CON EL PRIMER HIJO

Los motivos por los que las madres dieron seno fueron: en primer lugar porque creían que así favorecían la salud del bebé; en segundo, porque creían que para ellas era conveniente o tenían las posibilidades de hacerlo ( tenían leche, deseaban amamantarlo o les era cómodo) y por último, porque retomaban las recomendaciones o sugerencias al respecto que les hacían otras personas, estos mismos resultados coinciden con lo obtenido en hospitalización ordinaria (Fig. 22).

Aunque la mayoría de las madres no tuvieron dificultad para amamantar a su hijo, entre las que sí tuvieron alguna, la mayoría no pensó en abandonar la lactancia. Solo unas, si tuvieron la intención de dejar esta práctica.

En contraposición en alojamiento conjunto poco menos de la mitad de las madres que tuvieron alguna dificultad, pensaron en abandonar la lactancia y solo unas cuantas no consideraron esa posibilidad, lo que probablemente se puede deber a que las madres de hospitalización ordinaria están un poco más informadas que las de alojamiento conjunto, ya que las primeras leen más, asisten más frecuentemente al médico durante el embarazo lo que puede implicar que tengan más conocimiento sobre esta práctica, a diferencia de las de alojamiento conjunto que en muchos casos solamente asisten a la hora del parto, lo que se puede deber a situaciones económicas ya que si faltan un día al trabajo, perderían el sueldo de ese día (Ver fig. 23).

Los motivos por los que las madres siguieron amamantando a su hijo fueron dos: a) las ventajas que piensan tiene la leche materna para el bebé (les ayuda en su desarrollo, protege de enfermedades) y b) creían que las

# MOTIVOS DE AMAMANTAMIENTO

## FIGURA 22

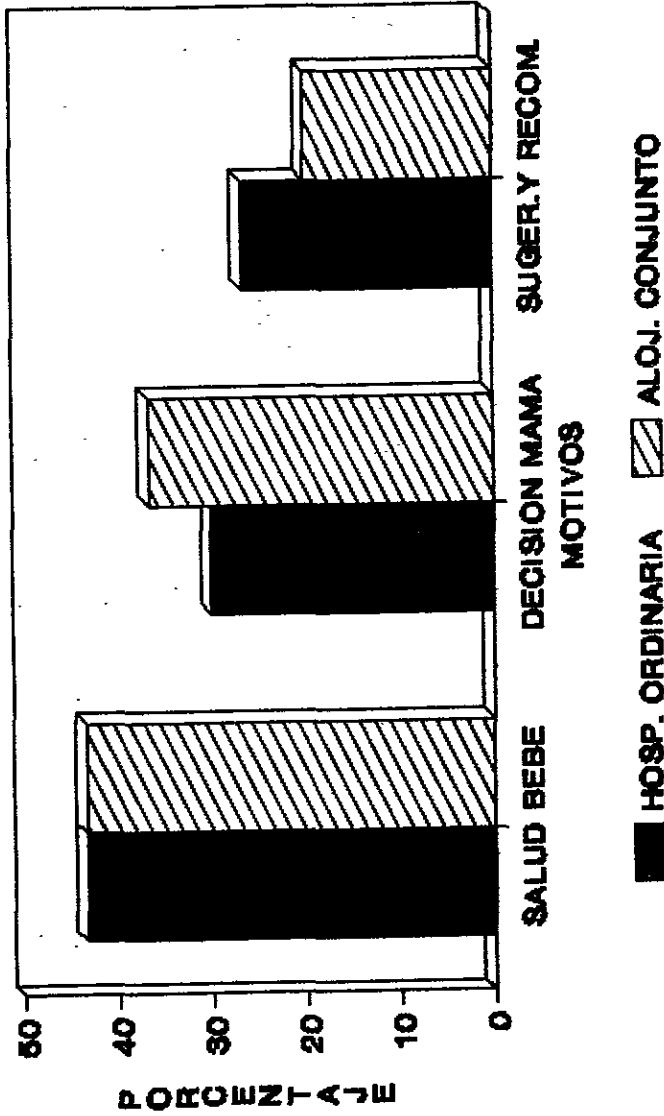


Fig. 22 Motivos por los que amamanta a su primer hijo.



# ABANDONO DE LA LACTANCIA

## FIGURA 23

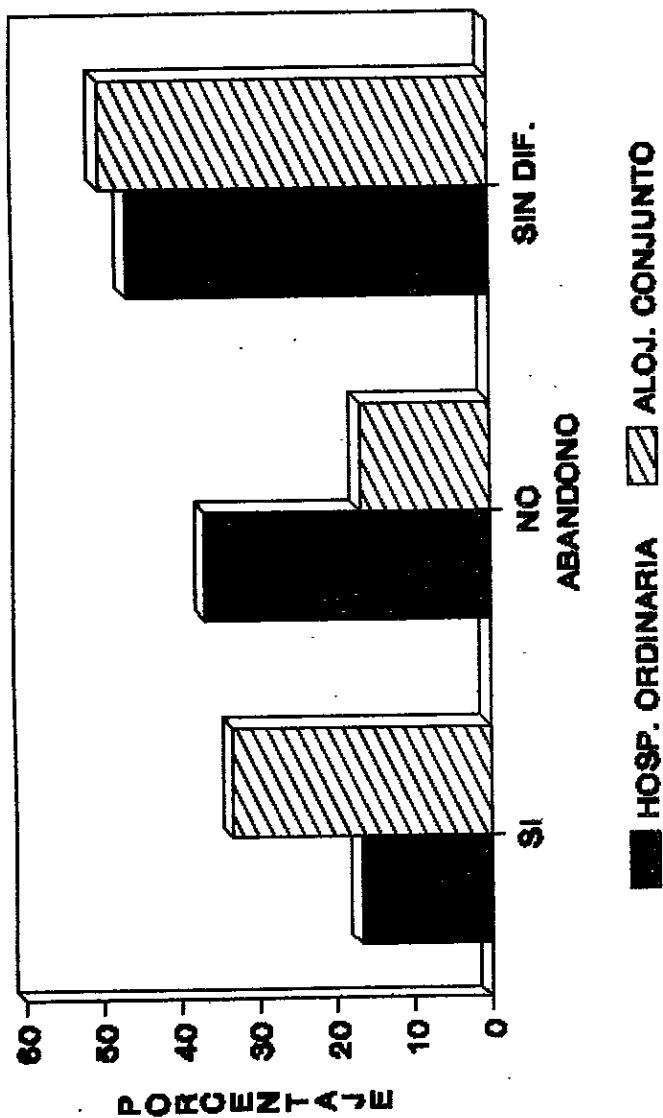


Fig. 23 Las dificultades hicieron pensar en abandonar la lactancia.

recomendaciones que les hicieron familiares y conocidos eran las convenientes (Ver fig. 24).

### **CREENCIAS CON EL RECIEN NACIDO**

El tiempo que las madres le piensan dedicar a esta práctica va a depender de varios factores, en primer lugar, de los beneficios que tiene la leche materna (vitaminas, nutrientes y defensas) hasta cierta edad, después ya no les nutre lo suficiente y necesitan otro tipo de alimentación; en segundo, se encuentran las costumbres familiares (hasta cierta edad se les acostumbra dar seno).

En relación a este mismo punto en alojamiento conjunto, aunque todas las madres piensan amamantar a su hijo, los motivos por los que llevarían a cabo esta práctica son variados: en primer lugar mencionaron los beneficios que les proporciona a los bebés hasta cierta edad la leche materna, después ya no les nutre. En segundo lugar, existe la creencia de que hacer corajes afecta la calidad de la leche y por consiguiente perjudica al bebé, y en tercer lugar mencionaron la comodidad que esto les causa, ya que no tiene que cargar biberón ni leche y no tienen que levantarse a media noche a preparar la leche. Aquí a diferencia del otro hospital las madres tienen la ventaja de que pueden llevarse a su hijo al trabajo, ya que son empleadas domésticas (Ver figs. 25 y 26).

La totalidad de las madres piensa que el beneficio que obtienen los niños con la lactancia son en relación a su desarrollo (les nutre y da defensas) (Ver figs. 27 y 28).

En cuanto al alimento que las madres prefieren darle a su hijo la totalidad respondieron que es la leche materna. Los motivos que expusieron son, en primer lugar, las ventajas para el desarrollo del niño (lo protege de enfermedades y "Es lo que puede comer") en segundo lugar, la economía y comodidad que la

# MOTIVOS PARA CONTINUAR LACTANDO

## FIGURA 24

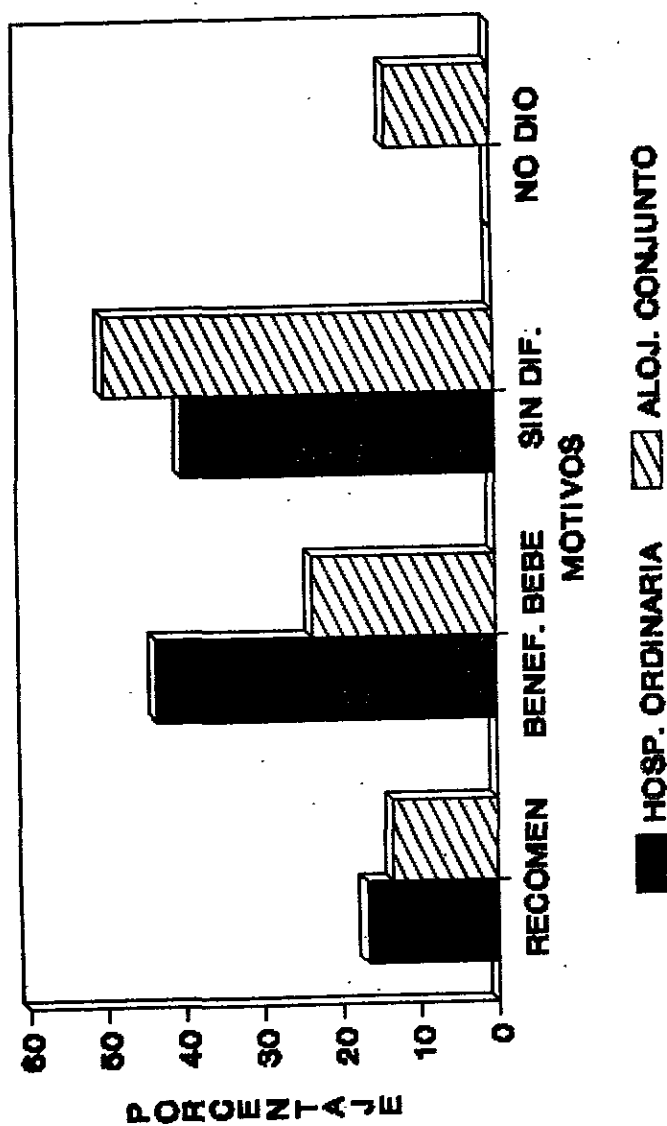


Fig. 24 Motivos que la hicieron continuar lactando a su primer hijo.

# MOTIVO POR LOS QUE PIENSAN LACTAR

FIGURA 26

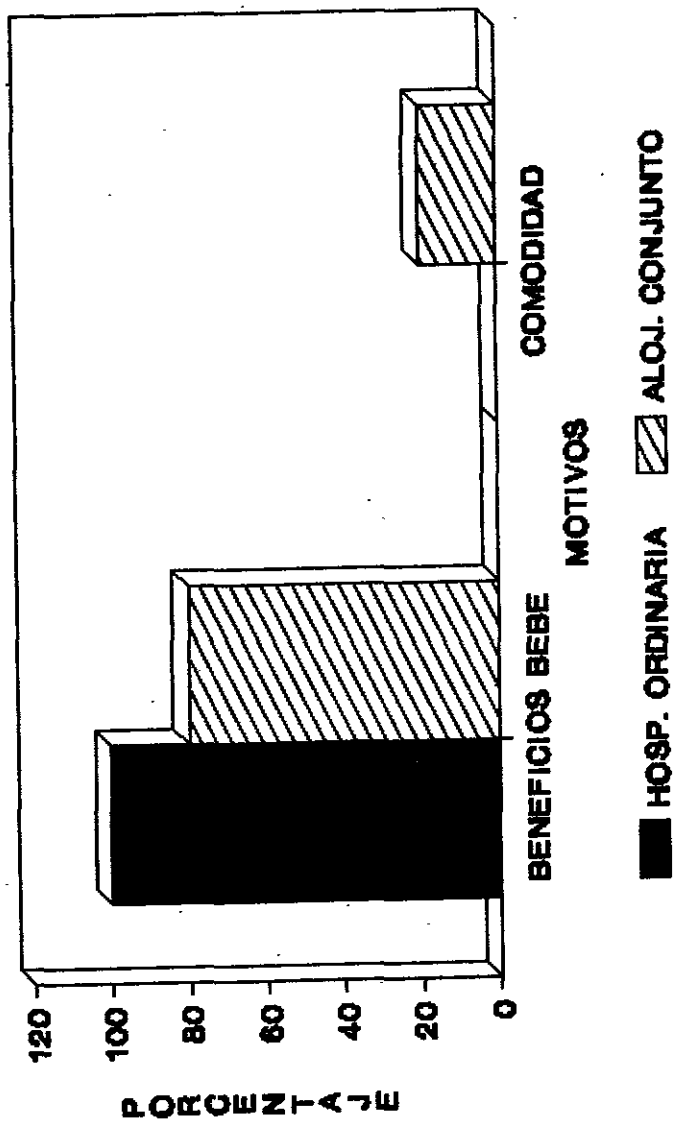


Fig. 26 Motivos por los que piensan dar seno a su ultimo hijo.

# MOTIVO DE LA EDAD PARA DAR SENO

FIGURA 26

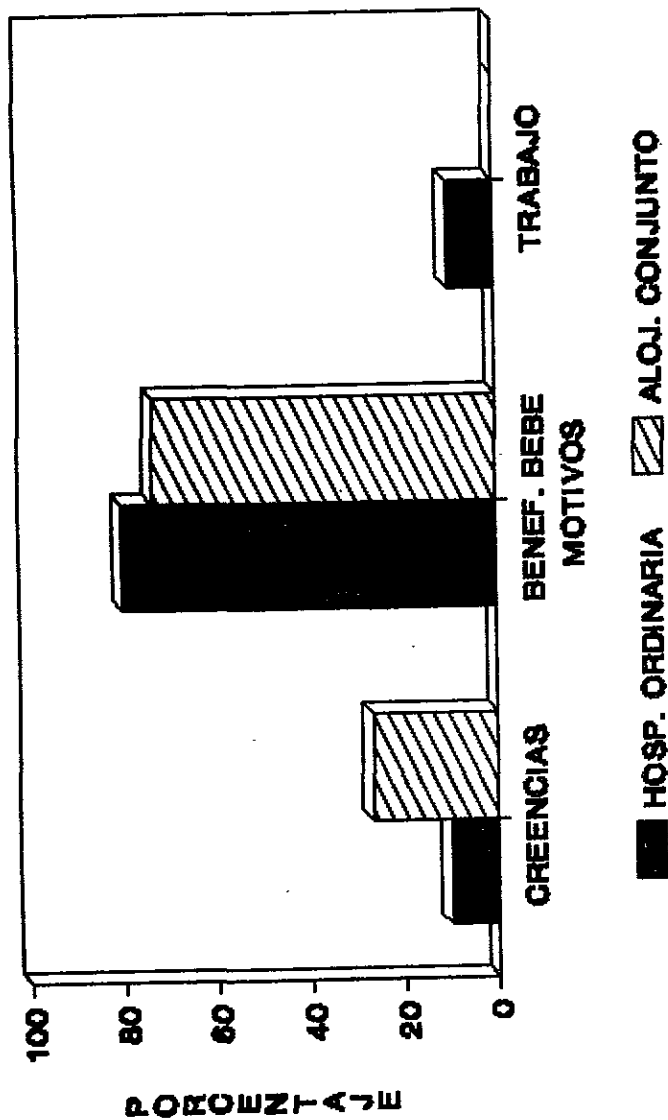


Fig. 26 Motivos por los que piensa dar seno hasta cierta edad a su último hijo.

# CREENCIAS SOBRE BENEFICIOS DE LA LECHE

## FIGURA 27

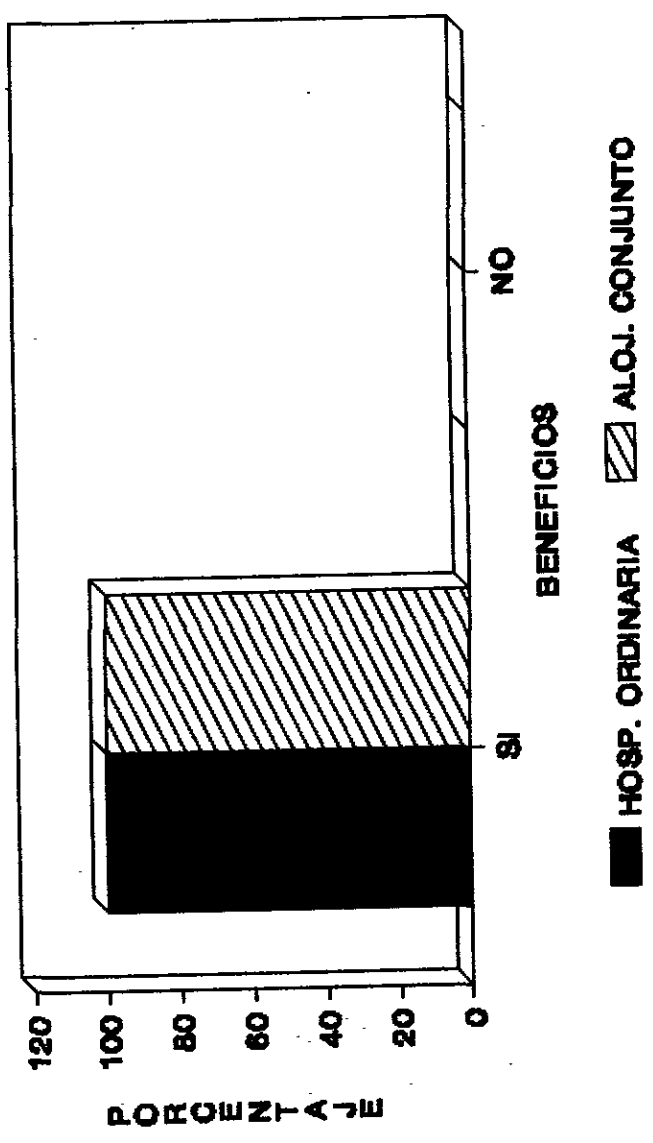


Fig. 27 Creencias que tiene la madre sobre los beneficios de la lacta con el último hijo.

# CREENCIAS SOBRE BENEFICIOS DE LA LECHE

## FIGURA 28

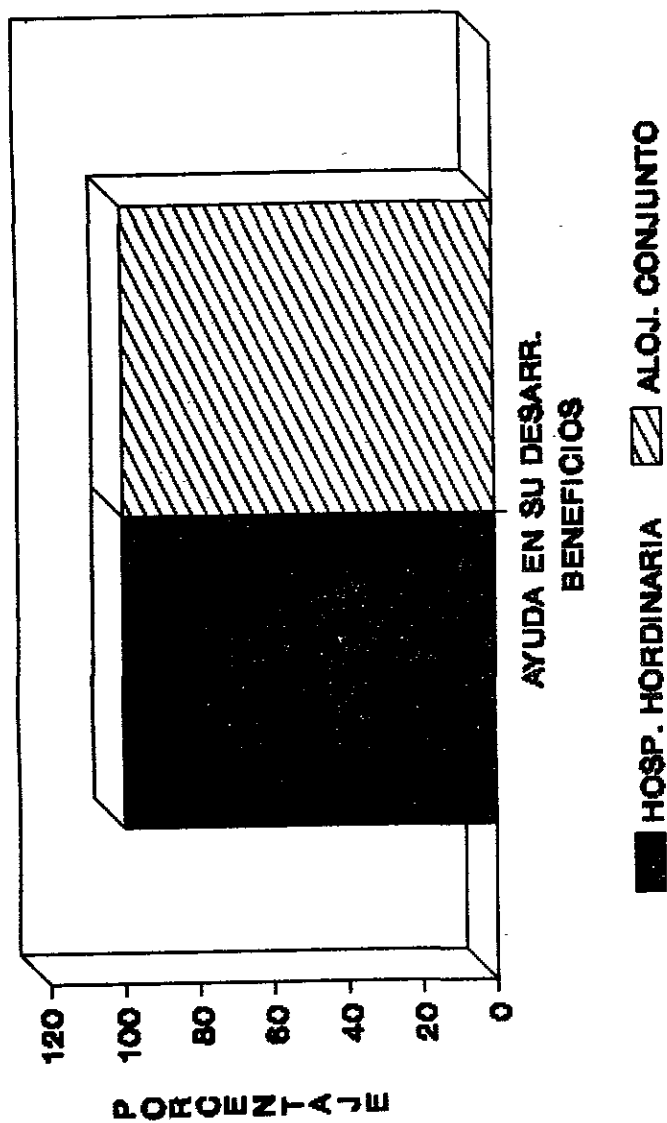


Fig. 28 Beneficios que tiene la leche materna según la madre.

lactancia ofrece, y en tercero, el agrado de las madres por esta práctica, ya que se sienten bien lactando porque así están cerca de su hijo y pueden ver que éste se desarrolla bien, hubieron más madres de alojamiento conjunto que le dan importancia a este último punto, lo que probablemente se deba al tiempo que las madres de uno u otro hospital le dedica a su hijo, ya que las de hospitalización ordinaria tienen que irse a trabajar y dejar a su hijo a cargo de otra persona, la que en muchos casos es la que prepara los alimentos para sus bebés (Ver figs. 29 y 30).

Las respuestas dadas en los dos hospitales son similares ya que, más de la mitad de las madres piensa que el niño prefiere el seno, por "Blandito", es más fácil para ellos agarrarlo, le gusta más al niño. Otras dicen que el bebé agarra lo que se les dé primero, porque se acostumbran. Dos madres comentaron que prefieren el biberón ya que es más fácil para ellos agarrarlo y succionar y sólo una madre no supo responder (Ver fig. 31).

Las madres de ambos hospitales comentan que, en cuanto a la reacción que creen tendrá su hijo cuando le suspendan definitivamente el seno, la mayoría piensa que lo van a seguir pidiendo (llorando y rechazando el biberón). Algunas mencionan que su hijo no se daría cuenta ya que lo suspenderían sustituyéndolo con otros alimentos (papillas y leche en vaso), y otras no saben que reacción tendrá su hijo. (Fig. 32).

Más de la mitad de las madres piensa que los niños si obtienen algún beneficio con la leche industrializada, ya que la mayoría piensa que les alimenta y



**MOTIVOS DE LA ALIMENTACION CON SENO**  
**FIGURA 29**

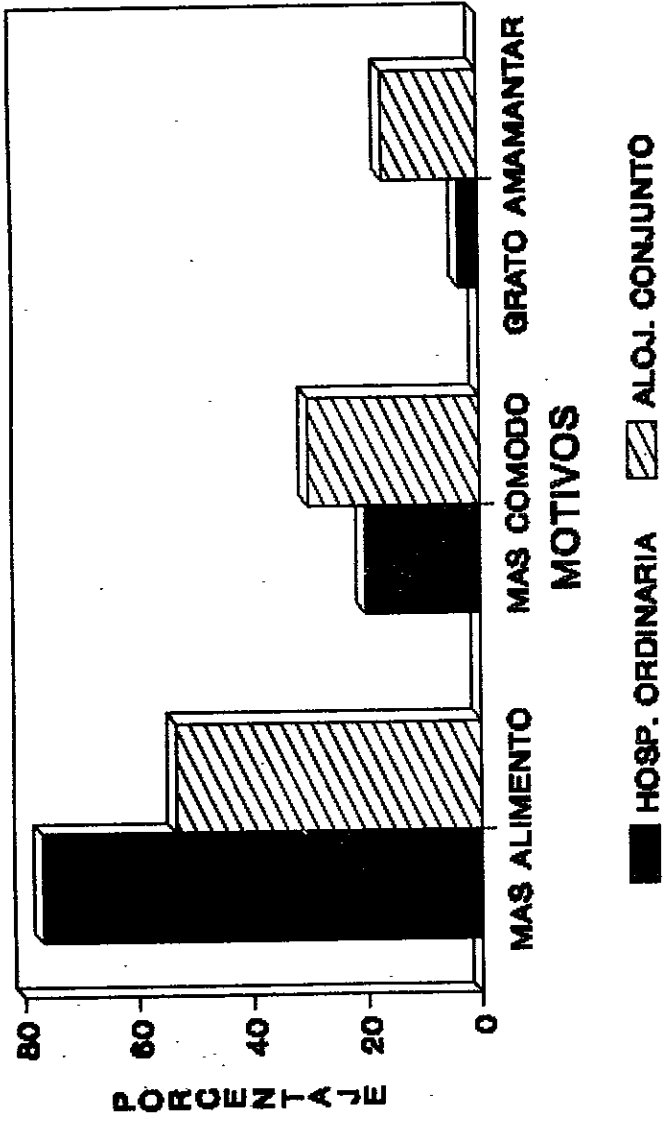


Fig. 29 Motivo por el que le gustaria a la madre dar seno.

# ALIMENTO CONSIDERADO MEJOR PARA BEBE

FIGURA 30

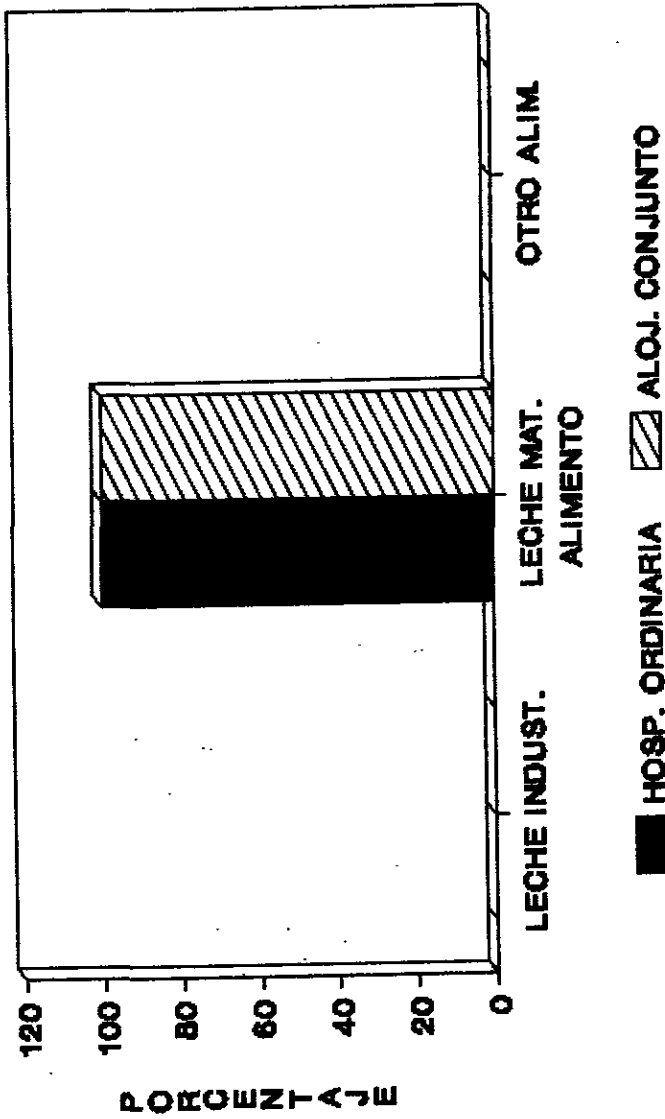


Fig. 30 Alimento que la madre considera más apropiado para su último hijo.

# DIFICULTADES PARA DAR SENO

FIGURA 31

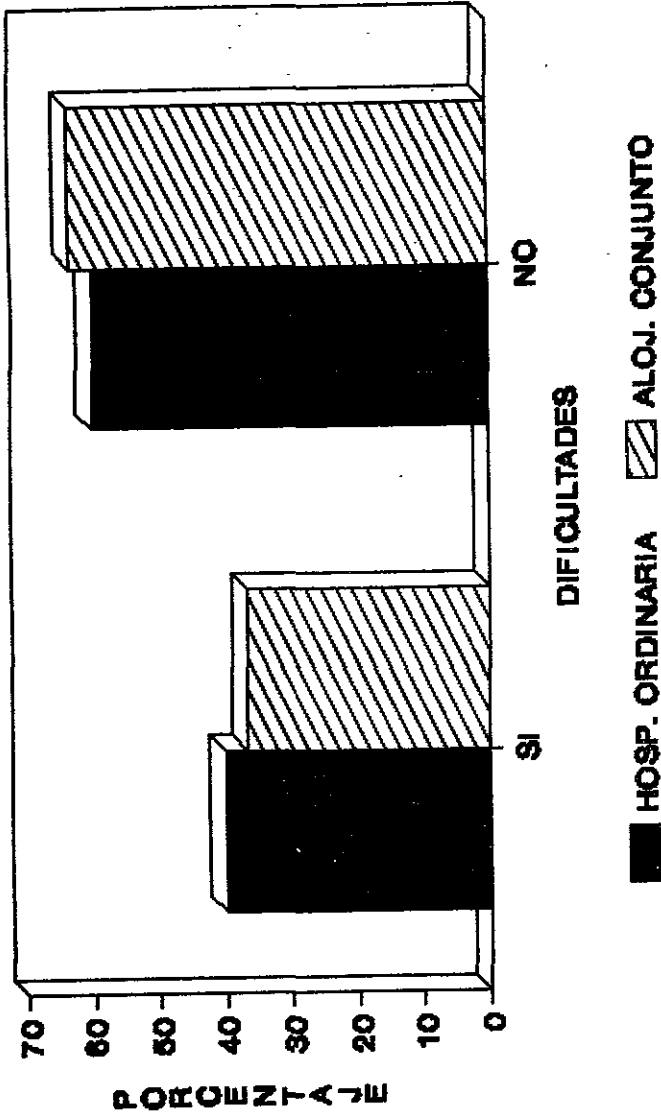


Fig. 31 Dificultades para alimentar con seno al último hijo.

# REACCION DEL BEBE ANTE LA SUSP. DE SEÑO

FIGURA 32

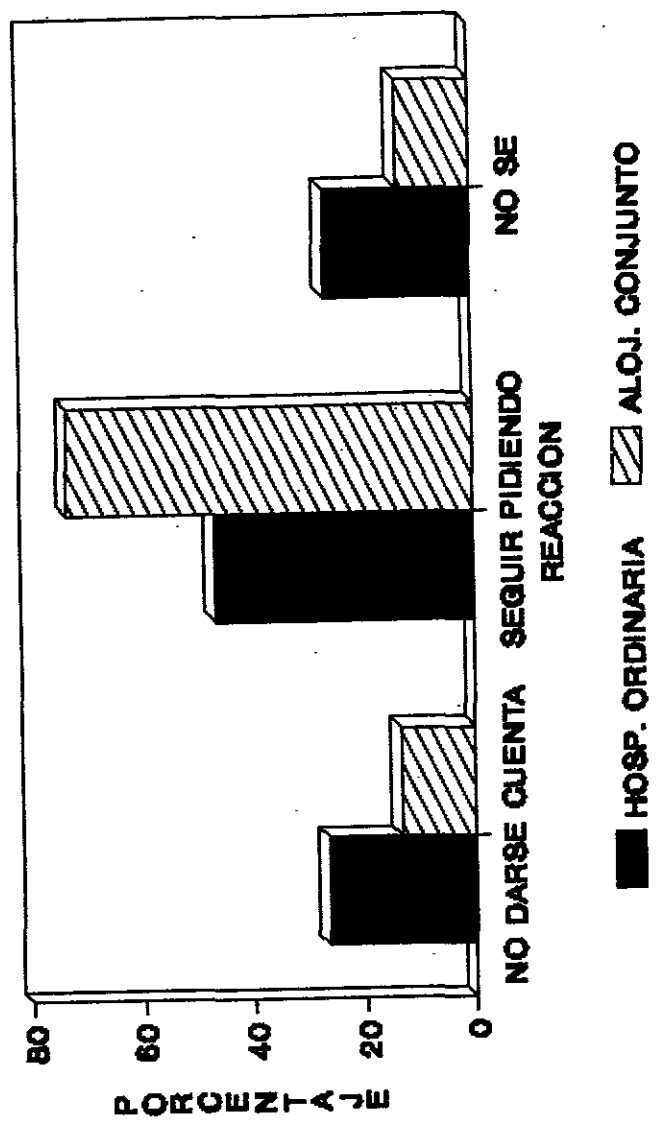


Fig. 32 Reacción que la madre cree que presentara su hijo cuando le suspenda el seno

les ayuda en su desarrollo, otras pocas no le encuentran ninguno, puesto que sus hijos se enferman (estriñen y les dan cólicos), y el resto no sabe si esto tenga algún beneficio.

En contraste con el otro hospital, más de la mitad de las madres cree que sus hijos no obtendrán ningún beneficio con la leche industrializada ya que los enfermaría del estómago y les provocaría cólicos. Sólo algunas mencionaron que la leche industrializada le ayuda al niño en su desarrollo (le alimenta y nutre) aunque no tanto como la leche materna, lo puede ser causado por el tipo de trabajo que tienen las madres de los hospitales, ya para las madres de hospitalización ordinaria es más fácil y cómodo dejar la solución o la leche industrializada para que otra persona la prepare y la de a su hijo a diferencia de las madres de alojamiento conjunto que pueden amamantar a su hijo con más facilidad ya que se lo pueden llevar a su trabajo (Ver figs. 33 y 34).

### **OTRAS CREENCIAS**

Casi todas las mujeres piensan que no es conveniente ponerle un horario al bebé para amamantarlo, ya que esto no afecta y él decide en qué momento comer ("No se llenan con el seno y a cada rato quieren comer"). Las demás piensan que sí hay que imponerle un horario puesto que si comen a cada rato se enferman ("Se enlechan"), les quita mucho tiempo y se tienen que ir acostumbrando a un horario. En estas variables encontramos una diferencia significativa (.1967), es decir que existe una relación entre lo que piensan las madres sobre la alimentación a libre demanda y el programa que fomenta la lactancia, ya que en éste se menciona que la alimentación a seno es a libre demanda (Ver figs. 35 y 36).

# BENEFICIOS DE LA LECHE INDUSTRIALIZADA

## FIGURA 33

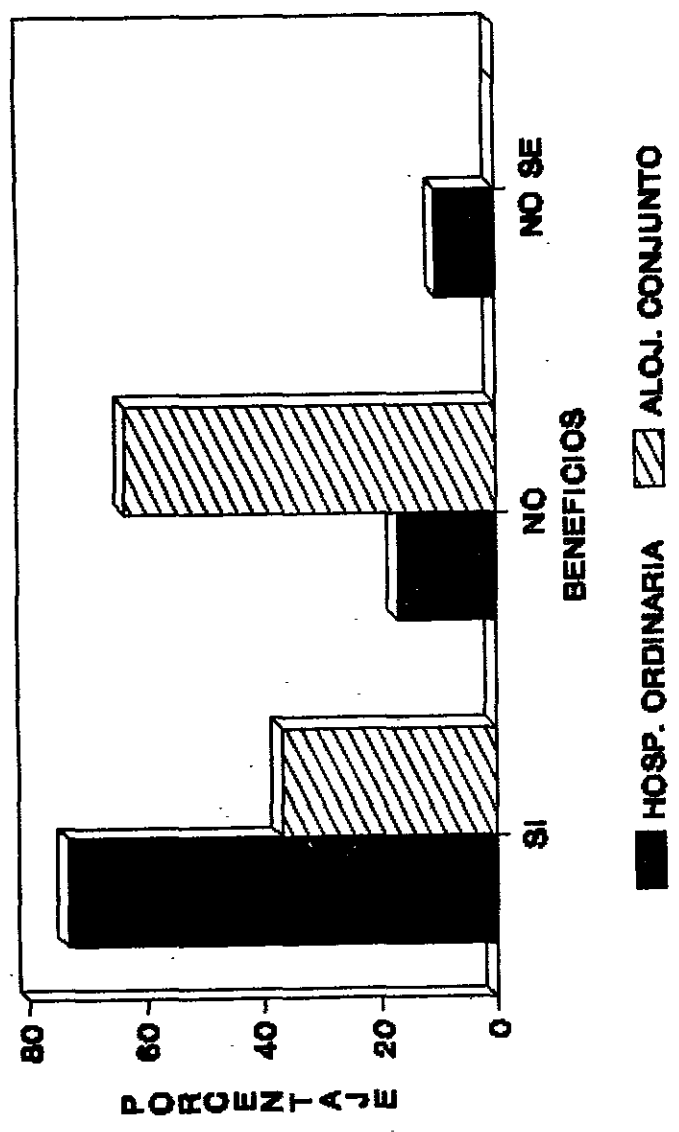


Fig. 33 Greencias sobre los beneficios para el bebé con la leche industrializa.

# BENEFICIOS QUE TIENE LA LECHE INDUSTRIAL

FIGURA 34

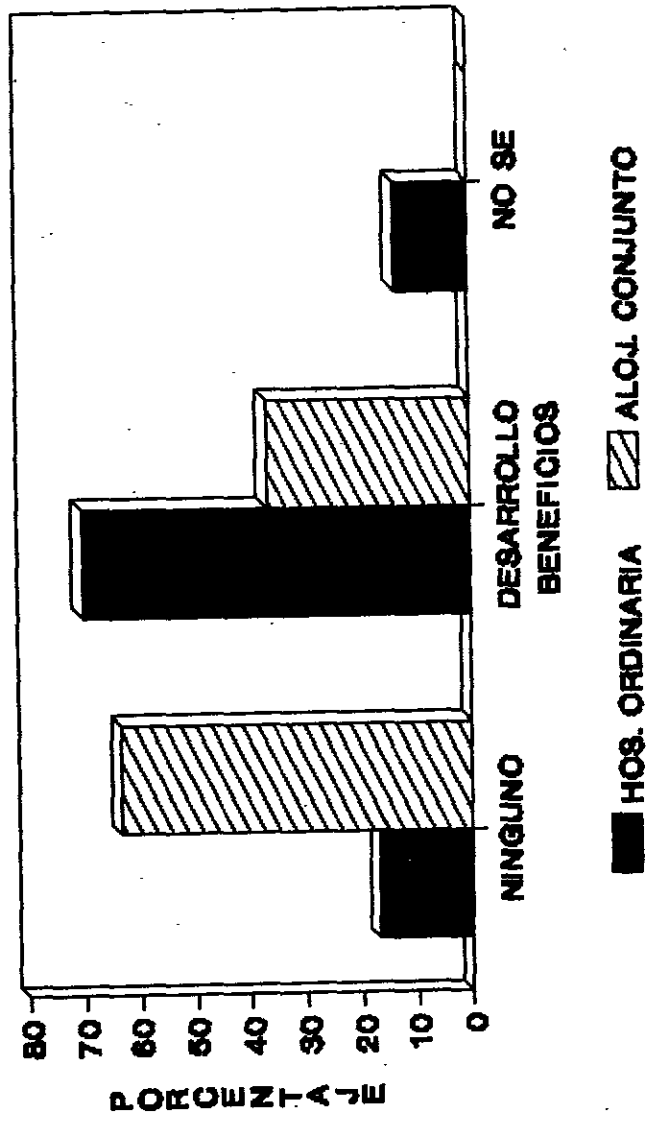


Fig. 34 Beneficios que la madre cree que tiene la leche industrializada para su último hijo.

# HORARIO PARA LA ALIMENTACION DEL BEBE

## FIGURA 35

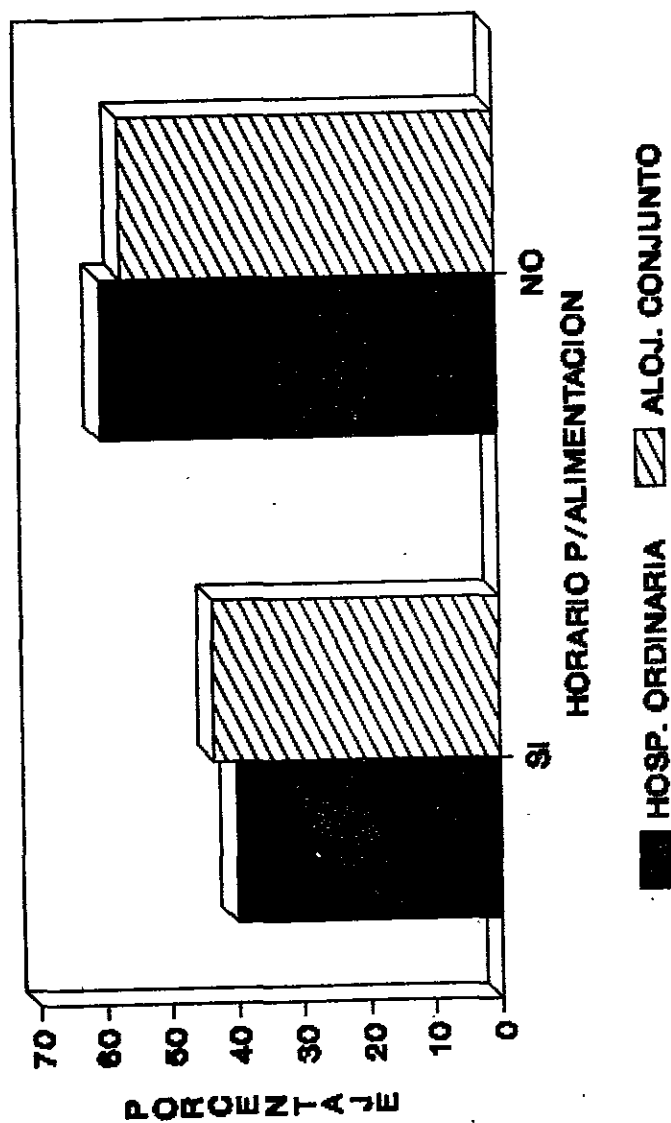


Fig. 35 Creencias que tienen las madres sobre el horario para alimentar al bebé.



# MOTIVOS P/PONER UN HORARIO AL BEBE

FIGURA 36

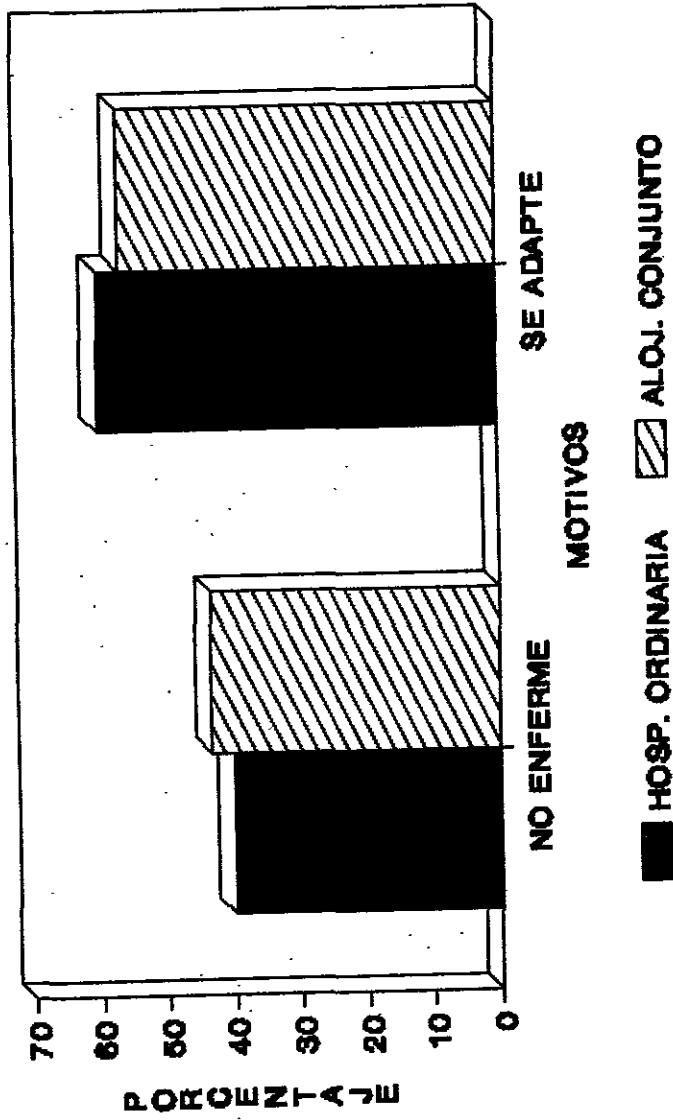


Fig. 36 Motivos para ponerle un horario en su alimentación.

La mitad de las madres cree que la leche materna es buena de los seis a los doce meses, otras que sólo hasta los seis, únicamente una dice que después de los doce y otra no sabe hasta que edad es buena. La mayoría afirman que después de esa edad ya no les nutre; en contraposición una minoría mencionó que es buena para cualquier edad.

Por otra parte algunas de las madres de alojamiento conjunto, piensan que la edad apropiada para darle seno al bebé está entre los 6 y 12 meses. Dan varias razones para ello. La principal se refiere al valor nutritivo de la leche materna, a la protección que brinda al niño contra enfermedades y a sus propiedades curativas (incluso para los adultos, por ejemplo, en caso de diabetes). Sin embargo, también mencionan que después de esa edad ya no le nutre lo suficiente y pueden comer otros alimentos (Ver figs. 37 y 38).

De las madres que expresaron que le darían seno a algún niño que no fuera suyo, la gran mayoría de éstas dijeron que al hacerlo le ayudarían en su desarrollo y a ellas no les perjudicaría en nada. Algunas cuantas le darían seno a un bebé familiar o conocido, puesto que conocen las costumbres de estos (higiene y hábitos) y hay confianza mutua. Y solamente unas pocas no le darían a ninguno, ya que lactar a su propio hijo es prioritario ("Primero esta mi hijo") o se sentirían "Raras" de hacerlo. (Ver figs. 39, 40, 41 y 42).

La gran mayoría de las madres, en los dos hospitales, creen obtener algún beneficio con la lactancia, y solo unas pocas no piensan esto. Entre las que sí encontraron alguno mencionaron la economía y comodidad que esto les brinda; la salud de la madre ("El cuerpo vuelve a la normalidad"), se previene cáncer de mama, se detiene el sangrado y la satisfacción que les otorga esta práctica a las madres (se fomenta la relación madre hijo). En la variable "Beneficios que tiene la

# BENEFICIOS DE LECHE MATERNA SEGUN EDAD

## FIGURA 37

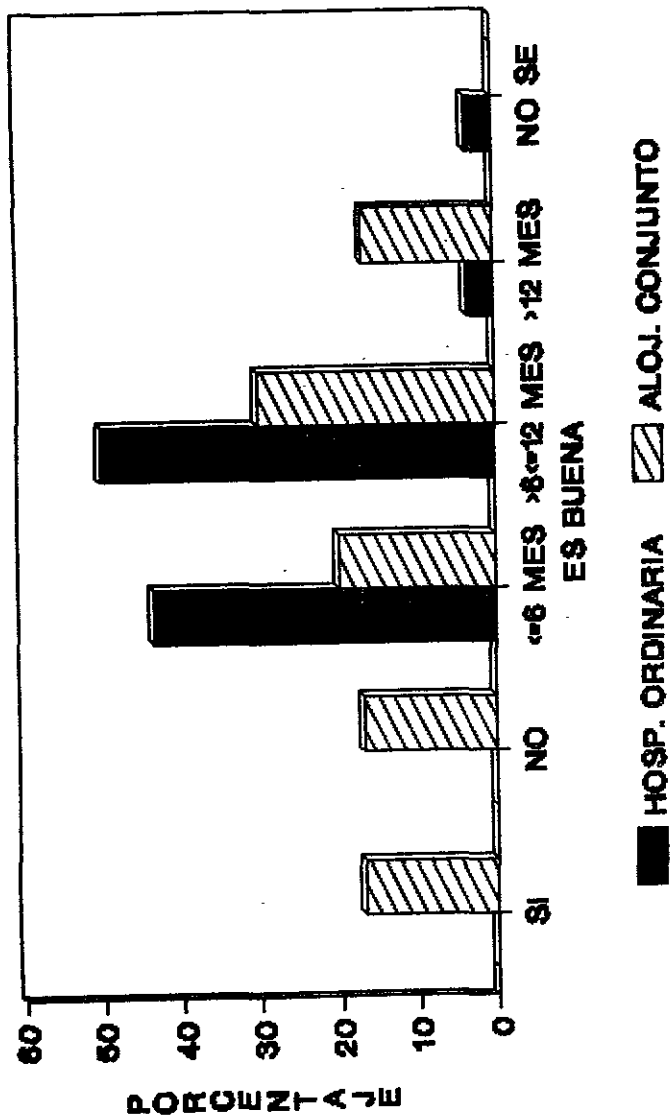


Fig. 37 Beneficios de la leche materna a dependiendo de la edad del niño.

# MOTIVOS POR LO QUE ES BUENA LA LECHE

## FIGURA 38

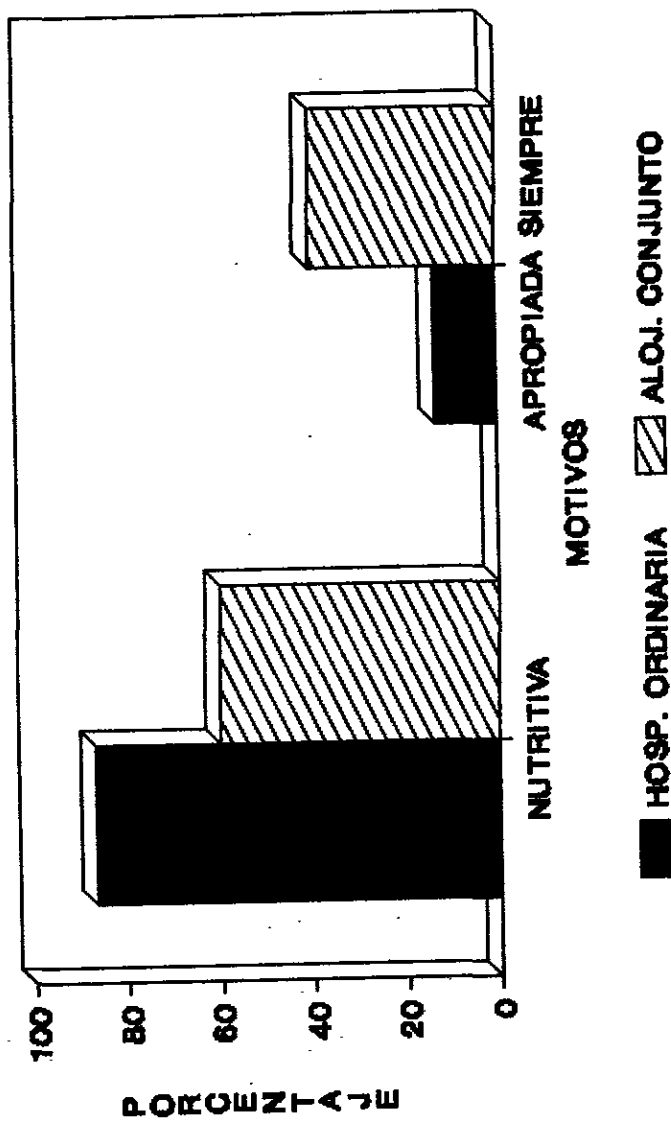


Fig. 38 Motivos por lo que es buena la leche materna.

# DAR SENO A OTRO BEBE

## FIGURA 38

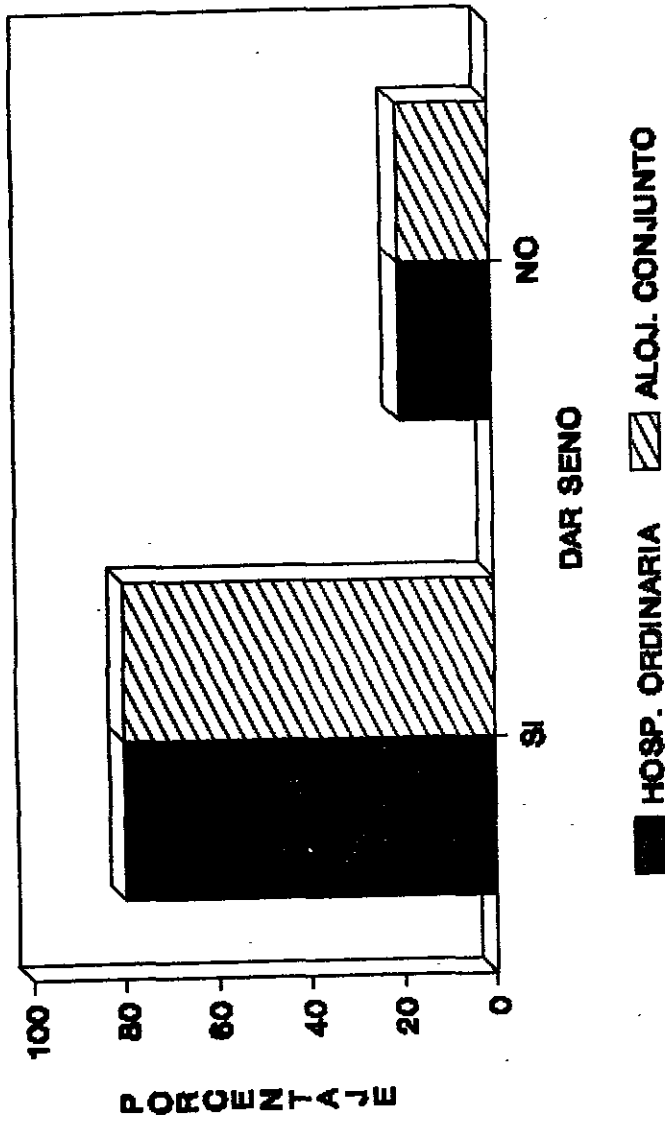


Fig. 38 La madre daría seno a un bebé que no fuera suyo.

# MOTIVOS PARA DAR SENO A OTRO BEBE

## FIGURA 40

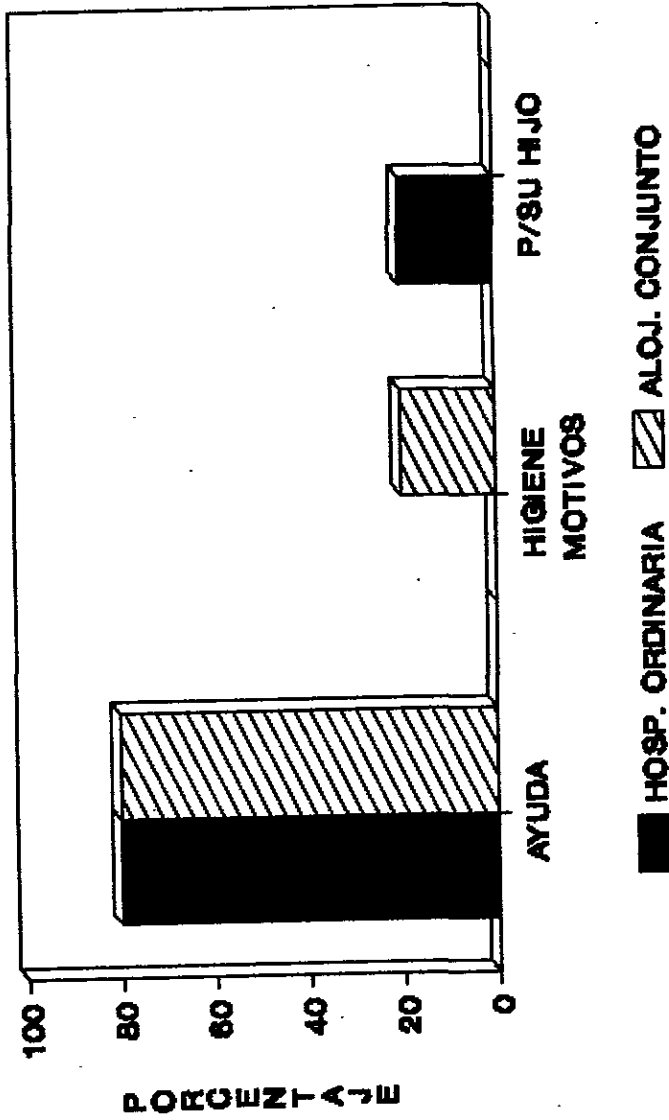


Fig. 40 Motivos por lo que las madres le darian seno a un bebé que no fuera suyo.

**BEBE AL QUE LE DARIAN SENO**  
**FIGURA 41**

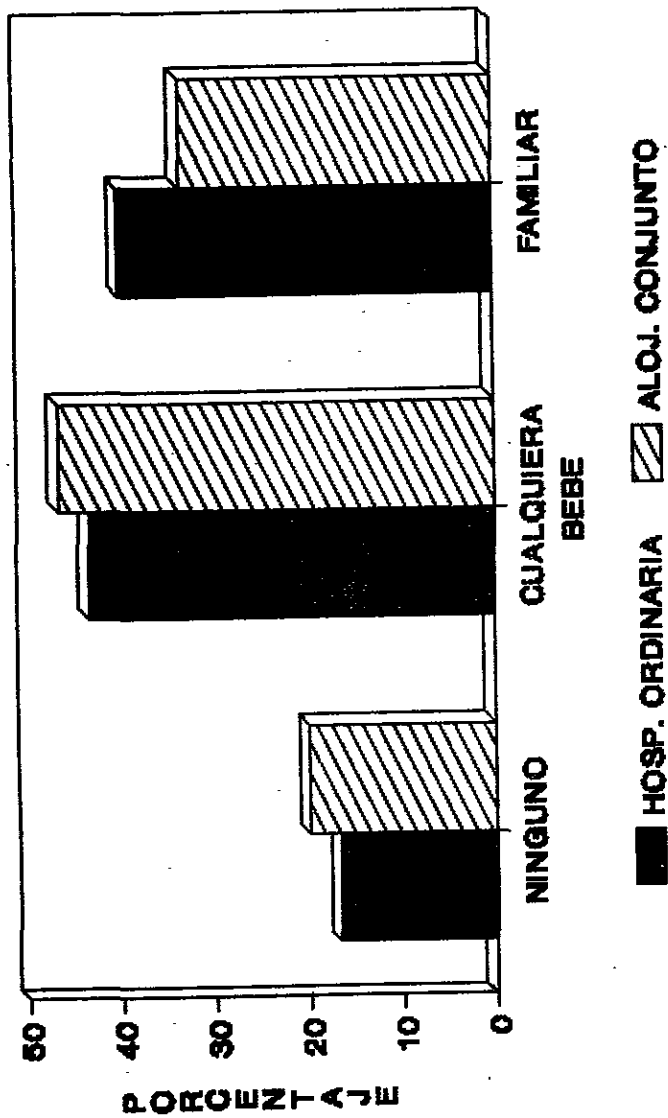


Fig. 41 Bebé al que le darían seno que no fuera su hijo.

# MOTIVO DE DAR SENO A OTRO BEBE

## FIGURA 42

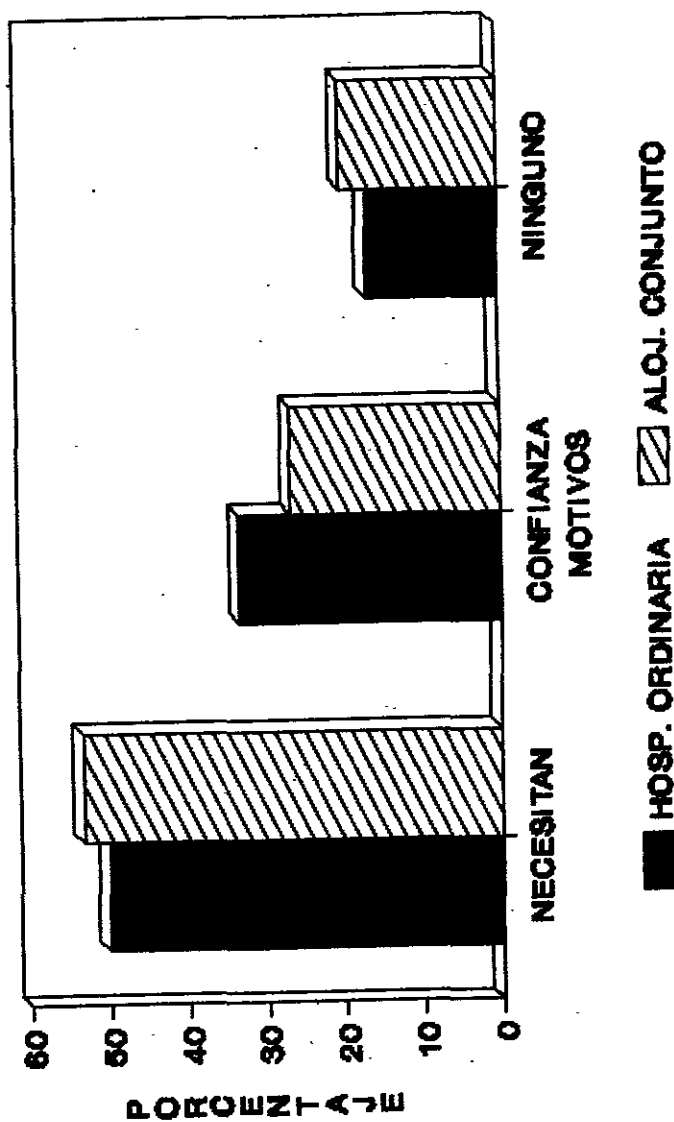


Fig. 42 Motivos por los que le darían seno a un bebé que no fuera de la madre.



lactancia para la madre" se encontró, de acuerdo a la prueba estadística Chi Cuadrada un nivel de significancia de .1979, es decir existe una relación entre los beneficios que creen las madres tener con la lactancia y lo planteado en el programa de fomento a la lactancia (Ver figs. 43 y 44).

La mayoría de las madres, de hospitalización ordinaria, cree que la cantidad de leche que se tenga depende del tipo de alimentación, por lo que la mayoría de ellas se alimentarían mejor (tomar líquidos y comer bien), sólo unas pocas hacen referencia a sus creencias tradicionales, ya que mencionan que tomando atoles se produce más leche; otras piensan que la succión del bebé ayuda a esto y una mínima parte no sabe a que se debe.

Por otra lado, un gran porcentaje de las madres de alojamiento conjunto, creen que la cantidad de leche que tengan va a depender de su alimentación. Es importante resaltar el hecho de que en este punto intervienen prácticas culturales en cuanto a la alimentación que la madre debe llevar para tener suficiente leche, ya que comentan, que para esto deben de tomar atoles, cerveza o pulque. Y unas cuantas mencionaron que aparte de su alimentación hay que darle frecuentemente seno al bebé. En los dos hospitales hacen mención que una forma de producir mas leche es alimentarse mejor y tomando más líquido, y solamente en este último hospital algunas madres comentan que amamantando seguido se produce más leche, lo cual se puede deber a que las madres de este hospital amamantan a libre demanda (Ver figs. 45 y 46).

Encontramos más mujeres en hospitalización ordinaria que mencionan que sí afecta al bebé el tipo de comida que consume la madre cuando lo amamantan "Lo que comemos se va directamente a la leche", en contraposición en alojamiento conjunto encontramos más mujeres que creen que lo que comen no le

# BENEFICIO AL AMAMANTAR

## FIGURA 43

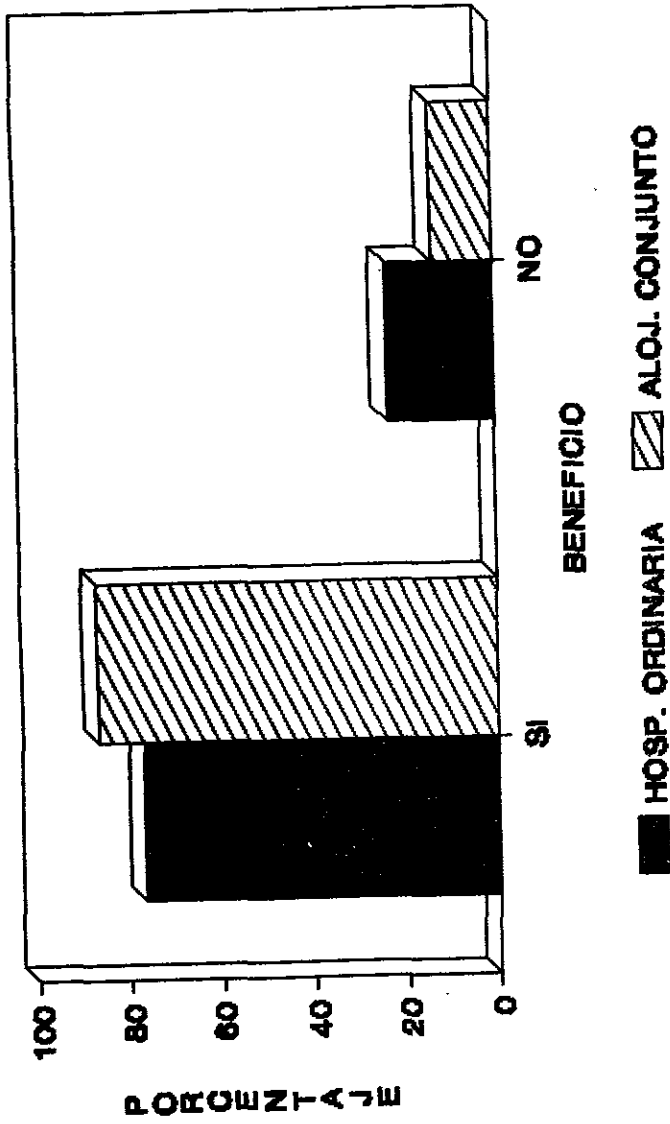


Fig. 43 Beneficio para la madre al amamantar a su ultimo hijo.

# BENEFICIOS QUE CREEN TIENE LA LACTANCIA

## FIGURA 44

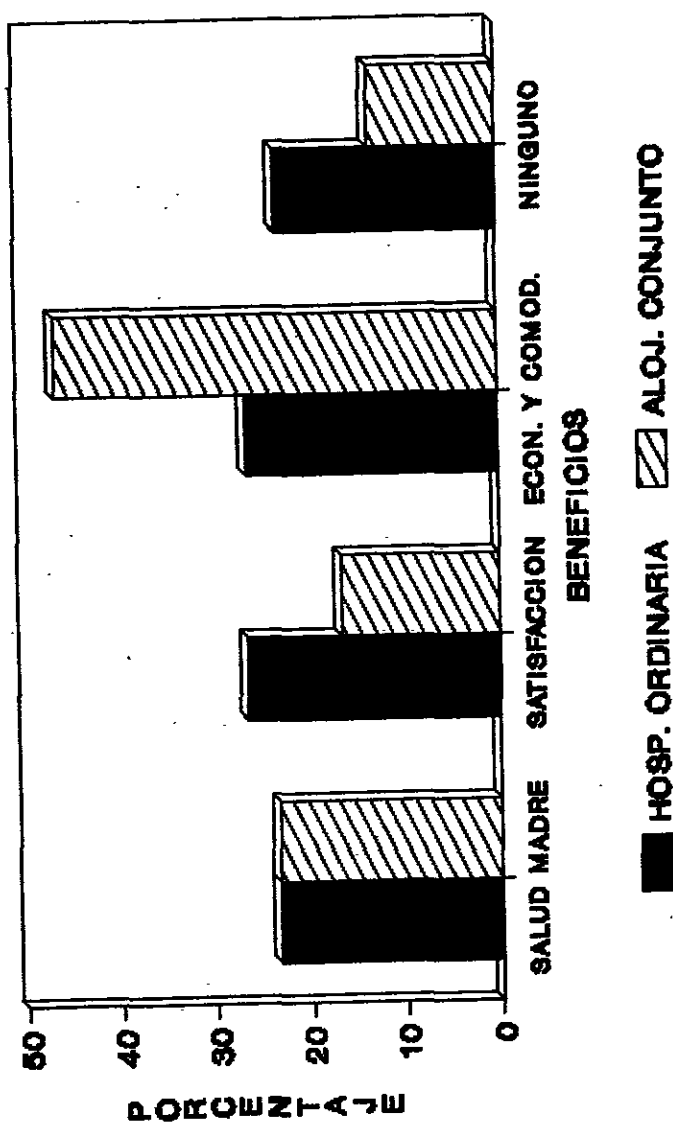


Fig. 44 Beneficios que cree la madre tendrá la lactancia.

# CAUSAS QUE HACEN TENER LECHE EN SENOS

FIGURA 45

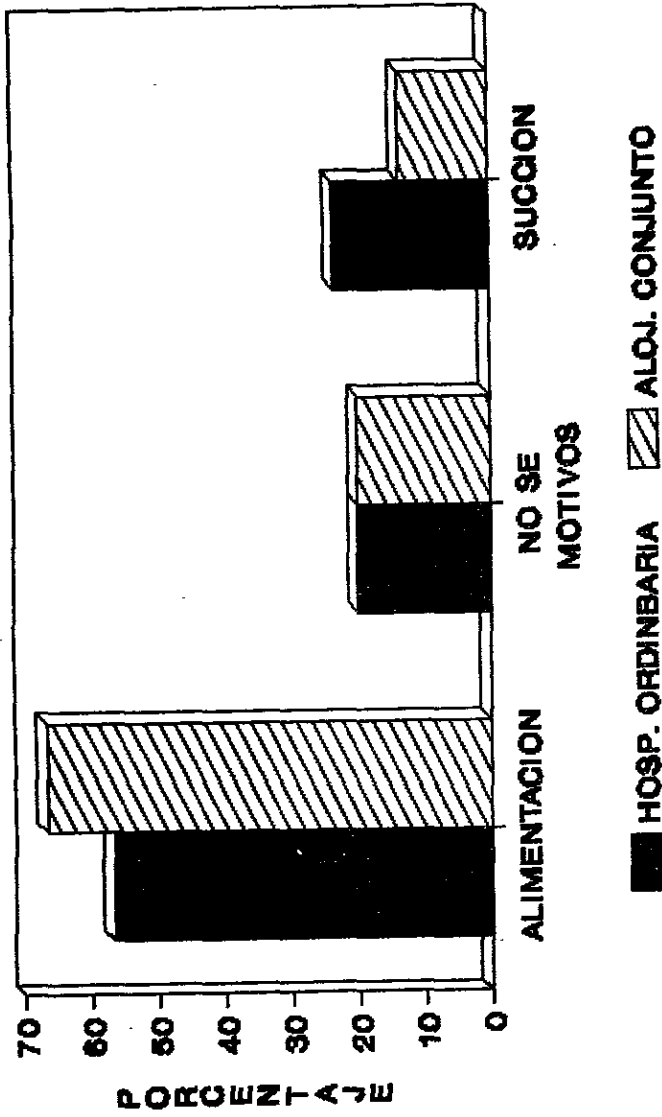


Fig. 45 Causas que hacen que la madre tenga más leche.

# ACCIONES PARA AUMENTAR LA LECHE MATERNA

## FIGURA 46

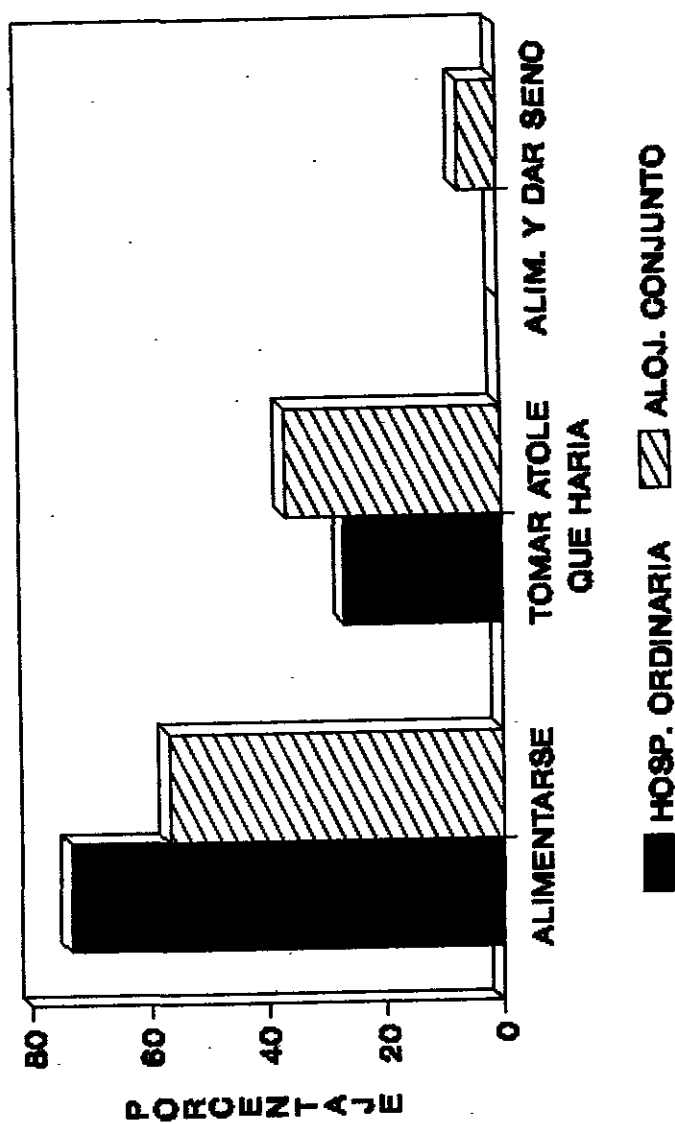


Fig. 46 Acciones que haría la madre para aumentar la producción de leche materna.

afecta al bebé cuando lo amamantan. De acuerdo a la prueba estadística Chi Cuadrada en esta variable se encontró un nivel de significancia de .1213 lo que nos indica que existe una relación entre esta variable y lo propuesto de fomento a la lactancia, que nos indica que la madre debe de alimentarse bien sin suspender ningún alimento, ya que esto no le afecta al bebé ( Ver fig. 47).

Casi el cien por ciento de las madres, en los dos hospitales, esta de acuerdo con lo que ha aprendido, ya que les ha funcionado con sus anteriores hijos, y solo una se sentía insatisfecha con sus conocimientos y sentía la necesidad de aprender más (Ver figs. 48 y 49).

## EXPECTATIVAS

Aunque en ambos hospitales todas las madres piensan amamantar a su hijo, el tiempo que le piensan dedicar es variado, la mayoría piensan amamantar entre los 6 y 12 meses, otras entre los 12 y 24 y unas cuantas entre los 3 y 6. Aquí encontramos que solamente en alojamiento conjunto piensan amamantar más de 24 meses, lo que se puede deber a que estas madres tienen más facilidades para llevar a cabo esta practica durante un tiempo más prolongado (Ver figs. 50 y 51).

Casi la totalidad de las madres, de hospitalización ordinaria, le gustaría más alimentar con seno. Solamente una comentó que le gustaría más la leche industrializada, puesto que tiene que irse a trabajar y le puede dejar el alimento para que se lo dé otra persona. A diferencia de alojamiento conjunto que todas prefieren dar seno (Fig. 52).

La mayoría de la población es trabajadora lo que representa un problema para seguir lactando, por lo tanto, para seguir con esta práctica, la mayoría de las

# EFFECTO DE ALIMEN. MATERNA EN BEBE

## FIGURA 47

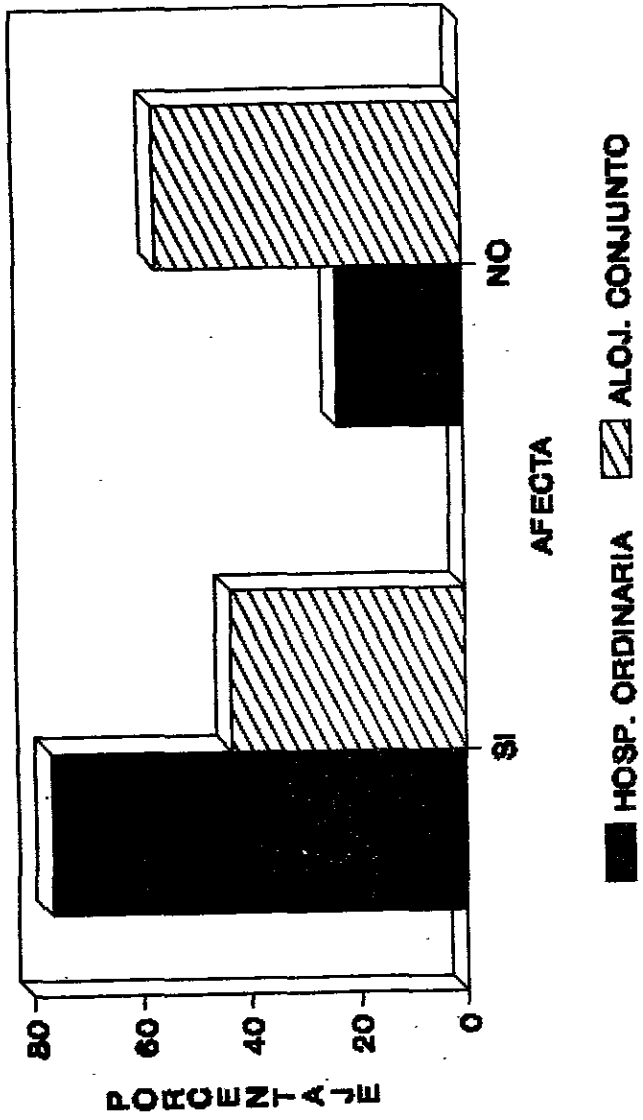


Fig. 47 Efecto de la alimentación materna en el bebé cuando lo están amamantando.

# OPINION DE LAS MADRES SOBRE LO APRENDIDO FIGURA 48

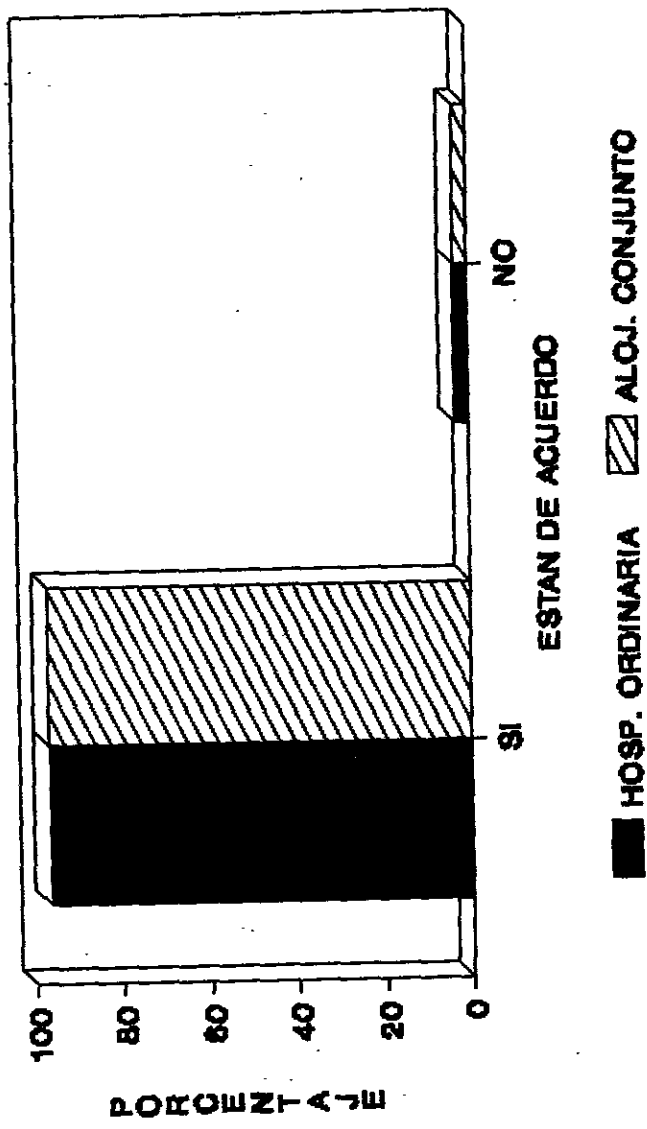


Fig. 48 Opinion de las madres sobre lo que han aprendido de la alimentación de los bebés.



# MOTIVOS PARA ESTAR DE ACUERDO C/LO APREN FIGURA 49

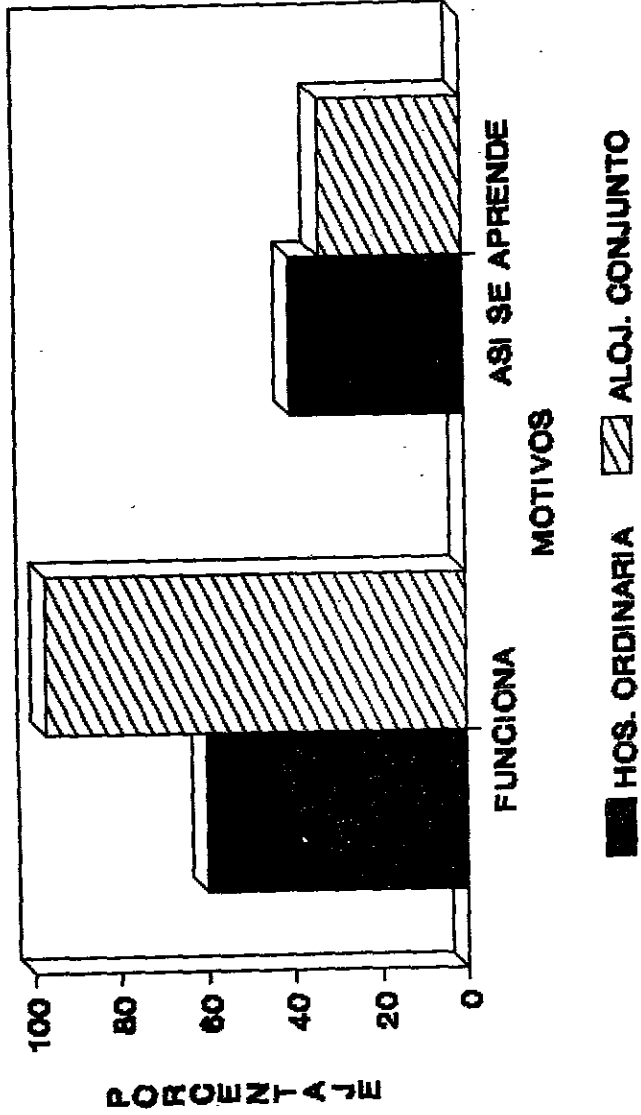


FIG. 49 Motivos que hacen a la madre estar de acuerdo con lo que ha aprendido respecto a la lactancia

# DAR SENO AL ULTIMO HIJO

## FIGURA 60

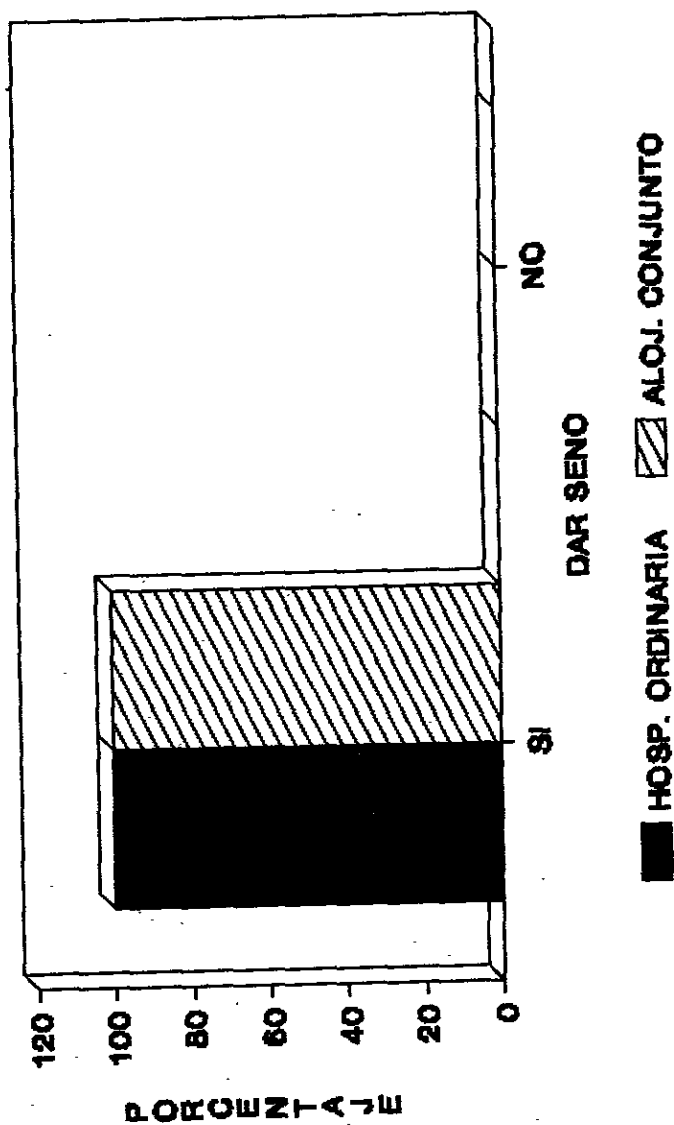


Fig. 60 Respuesta ante la pregunta de

dar seno al último hijo.

# EDAD P/DAJAR DE DAR SENO AL ULTIMO HIJO

## FIGURA 51

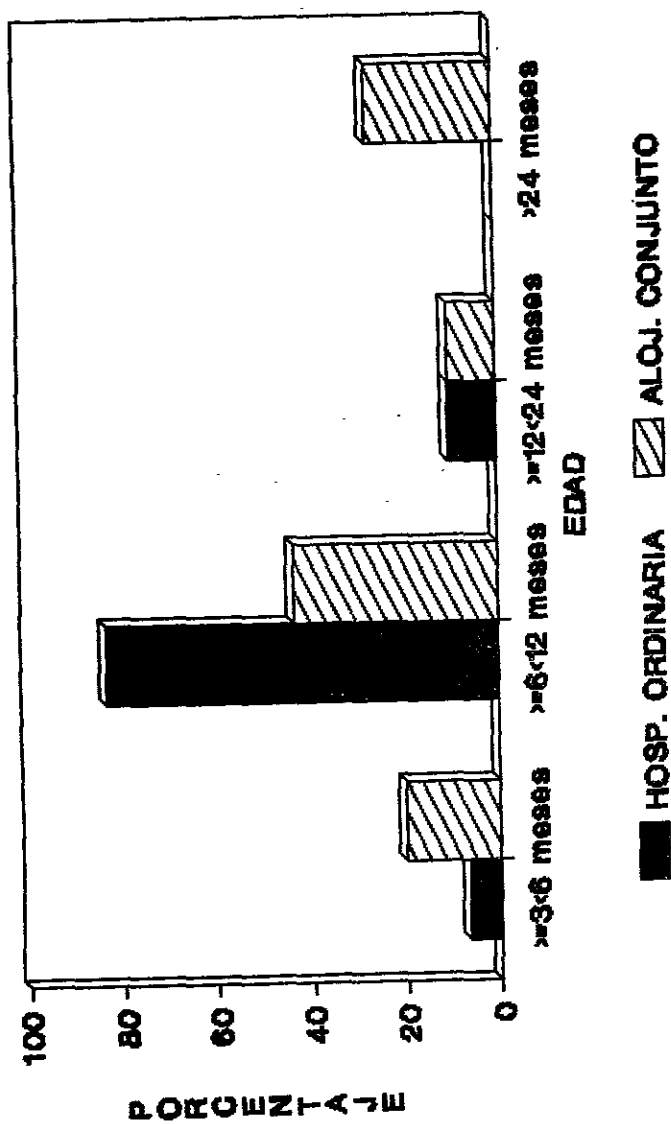


Fig. 51 Edad a la que le dejaría de dar seno al último hijo.

**ALIMENTOS QUE GUSTARIA DAR LA MADRE**  
**FIGURA 52**

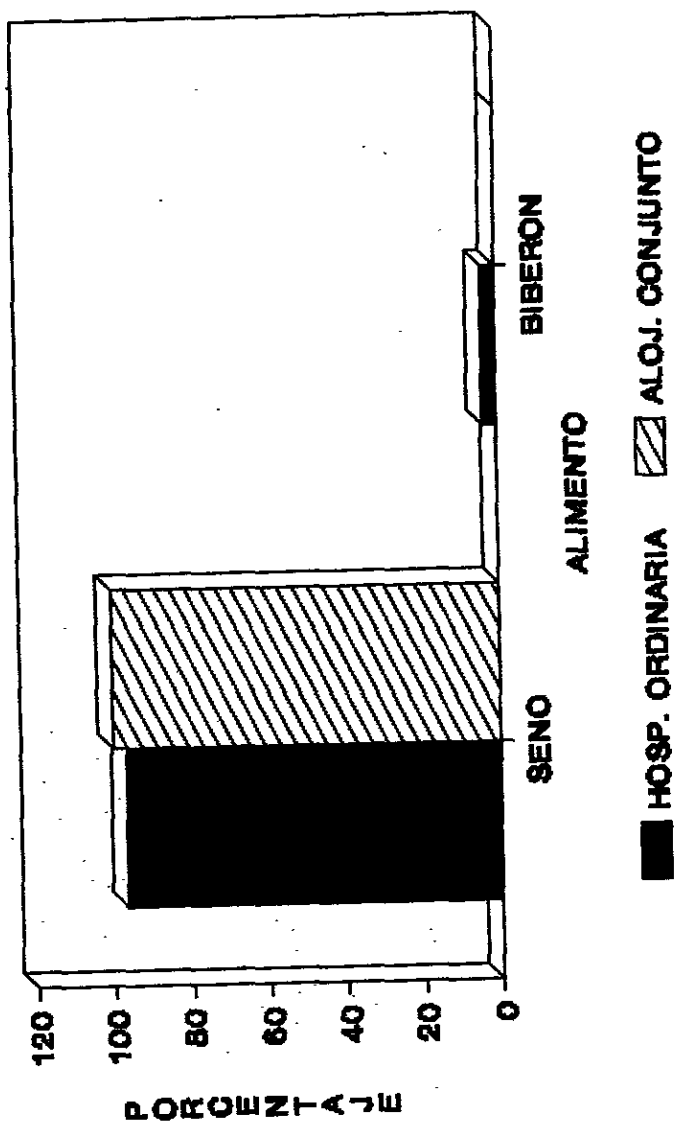


Fig. 52 Alimento que le gusta más a la madre para dar a su último hijo.

madres se sacaría la leche y la dejaría en un recipiente o biberón; otras, aparte de esto alimentarían al bebé antes y después del trabajo; algunas cambiarían a leche industrializada; el resto podrían llevárselo al trabajo para alimentarlo y sólo una respondió que no sabría qué hacer.

Por otra parte en alojamiento conjunto, en relación a cómo le haría la madre para seguir dando leche materna a su hijo en caso de que se fuera a trabajar, casi todas respondieron que dejarían la leche materna en biberón esterilizado antes de irse, para que otra persona se la diera, otras mencionaron que se llevarían al bebé a su trabajo (empleadas domésticas y comerciantes) para alimentarlo, unas pocas le darían seno antes y después de ir a trabajar y solamente algunas le darían biberón con leche industrializada (Ver fig. 53).

En ambos hospitales el consejo que darían la mayoría de la población a mujeres que van a ser madres, es que le dieran seno y cuidaran a su bebe; unas pocas que prepararan los alimentos con higiene y que también cuiden a su hijo, y solamente dos madres de hospitalización ordinaria no darían consejo alguno (Ver fig. 54).

# ALTERNATIVAS PARA CONTINUAR LACTANDO

FIGURA 53

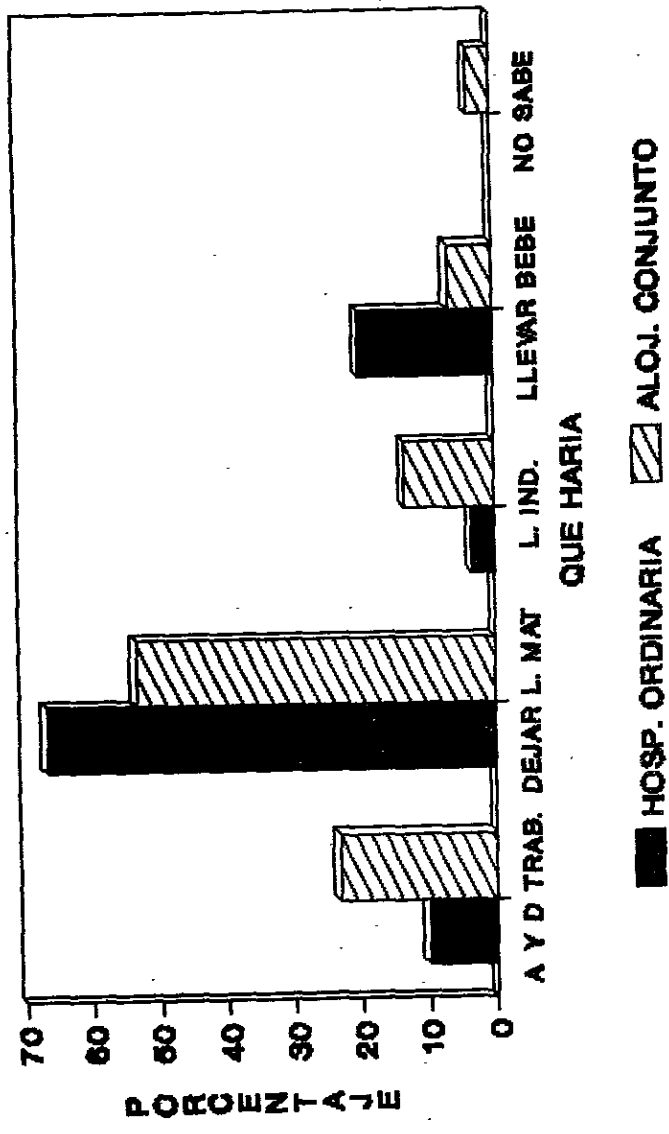


Fig. 53 Alternativas para continuar lactando cuando regrese a trabajar.

# CONSEJOS QUE DARIAN A OTRAS MADRES FIGURA 54

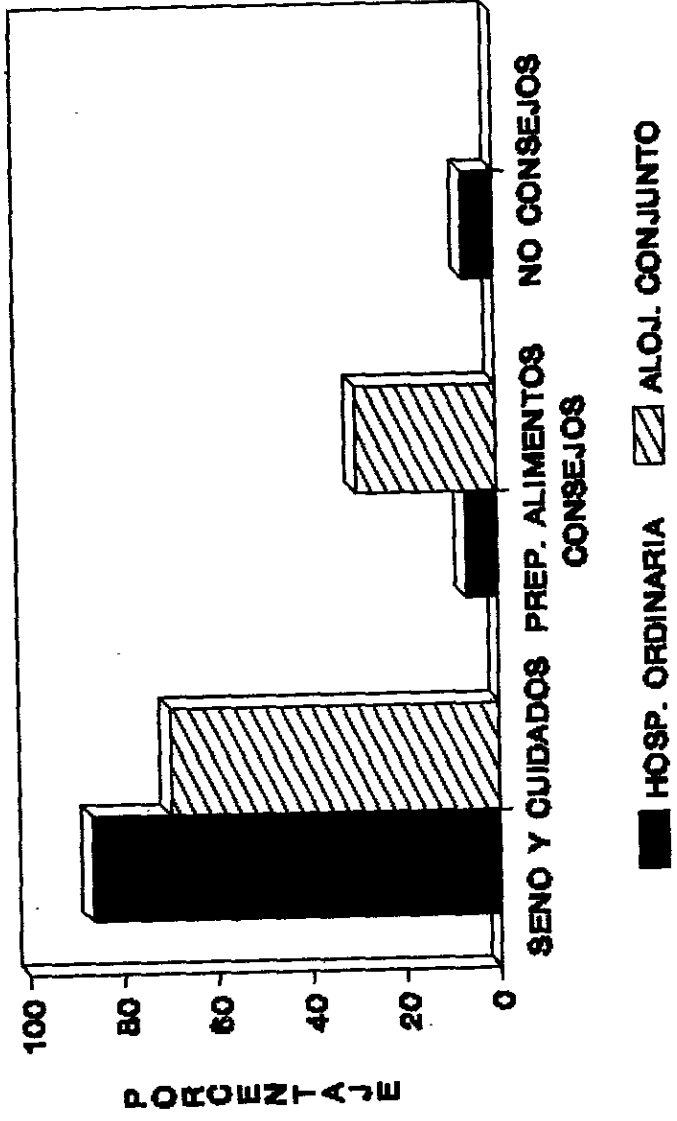


Fig. 54 Consejos que darían las madres a mujeres que van a tener un hijo.

## DISCUSION

A continuación se presenta el análisis y discusión de los resultados, cabe señalar que se presentan los datos de ambos hospitales, señalando semejanzas y diferencias encontradas.

Encontramos en ambos hospitales que los motivos por los que las madres habían amamantado a su primer hijo, fueron semejantes. Comentaron que llevaron a cabo esta práctica por salud del bebé: (a) le proporcionó defensas inmunológicas, y (b) contiene nutrientes necesarios para un buen desarrollo. Podemos mencionar que algunas de las madres que respondieron lo anterior habían recibido información por parte de especialistas. Lo anterior coincide con la propuesta de la Liga de la Leche Materna (1989), Beischer (1979) y Radrigan (1989) quienes plantean que, para que el bebé tenga un mejor desarrollo debe ser alimentado con leche materna en los primeros meses de vida. Podemos mencionar que aunque sea mínima la información que se les da a las madres, puede influir en algunos aspectos como son las ventajas de la lactancia para el bebé.

Otras mencionaron que dieron seno por decisión propia y algunas otras por recomendaciones de familiares, conocidos y médicos. Estos datos coinciden con lo reportado por Córdoba (1997).

El tiempo que dieron seno la mayoría de las madres a su primer hijo en los dos hospitales fue semejante, en promedio fueron seis meses, pero conforme fue creciendo el bebé fueron menos las madres que continuaron lactando.

Algunos de los motivos por los que dejaron de amamantar fueron principalmente por creencias maternas, en las que se agrupan: (a) rechazo del seno por el bebé, siendo que algunas madres son en realidad las que deciden ya no realizar esta práctica, (b) descomposición de la leche por corajes que hacían



las madres y el supuesto de que ésta le afectaba al bebé, y (c) la edad del bebé, (ya estaba suficientemente grande para seguirlo lactando).

Otros motivos fueron algunos problemas de salud del bebé - no egresar del hospital junto con su madre o regresar al hospital para recibir atención médica -, o de la madre (por siguiente embarazo).

También la reincorporación de las madres al trabajo fue una razón para el abandono de la lactancia.

Estos hallazgos coinciden con los estudio de Cachón (1992); Barria y Orozco (1990); Fernández (1986) y Vega (1990), en los que también se encontró que el número de mujeres que dieron seno a su primer hijo disminuyó, conforme avanzó éste en edad. Algunos de los motivos por los que dejaron de amamantar fueron: el rechazo materno de la lactancia, incorporación a actividades laborales por parte de la madre o el ingreso hospitalario del niño.

Respecto a las dificultades para amamantar a su primer hijo, la mayoría afirmaron no presentar ninguna, aunque sí las hayan tenido, lo que sucede es que ellas lo ven normal, es decir, lo ven como parte de la práctica de lactancia. Las que sí reportan alguna dificultad, como insuficiencia de leche, agrietamiento, o pezón plano o invertido, mencionan como alternativa para la cura del agrietamiento algunos remedios caseros como son uso de mantequilla, de cremas, de aceites, así como leche materna. Consideramos que, en lugar de beneficiar a la madre y al niño, estas sustancias pueden causarles algunas infecciones. Esto es mencionado de igual forma en el estudio de Córdoba (1997), en el que se menciona que las madres usaron alcohol o mantequilla que pueden favorecer la presencia de infecciones. En este punto podemos ver que las creencias y prácticas culturales de las madres pueden influir en la práctica de

amamantamiento. En relación a la insuficiencia de leche y al pezón plano o invertido comentan que la solución puede ser alimentarse bien y hacer ejercicios para la formación del pezón, lo que nos hace pensar que pocas veces las madres toman en cuenta lo que mencionan los especialistas o que la información que se les da no es lo suficientemente clara o es incompleta. En algunas ocasiones la información que se les da a las madres es en las salas de espera. A pesar de que es un espacio en donde se puede tener a la población con cierto interés, consideramos que pocas madres son las que realmente ponen atención a la información que se vierte ya que la mayoría considera que es información que no tiene mucha importancia para ellas. Incluso por a las consultas con sus otros hijos o hijo no ponen atención a las indicaciones que se les dan.

Nuestros resultados confirman lo expuesto en el estudio de Gold (1994), quien menciona que si se capacita correctamente a los especialistas, éstos pueden influir positivamente en la práctica de amamantamiento. Así mismo, coincidimos con Roman, Valdez, Cubillas y Carrasco, (1996) y Alvarado, Atalah, Díaz, Rivero Labbe y Escudero (1994), en que si se les dan pláticas y se prepara a las madres para la lactancia, la prevalencia de ésta puede ser mayor.

En cuanto a los beneficios que las madres obtienen durante la lactancia con su primer hijo, en los dos hospitales hacen mención a la comodidad, economía, acercamiento madre/hijo y la rápida recuperación de la mujer. No todos estos beneficios son reconocidos por todas las madres, solamente comentan sobre uno o dos de ellos. Sería importante que las madres conocieran todos estos beneficios ya que podrían influir en su decisión de seguir amamantando. Se puede admitir que las personas más indicadas para dar esta información son los especialistas (médicos, psicólogos o enfermeras), siempre y cuando ellos

conozcan también de estas ventajas, puesto que una información inapropiada puede hacer que la lactancia fracase. Además de que algunos de ellos pasan más tiempo con las madres, y sería más fácil y conveniente ellos dieran esta información. Las madres, y principalmente las multigestas, son más susceptibles para recibir información y muchas veces toman más en cuenta lo que les dice su madre, familiares o conocidos. Gold (1994) menciona que los médicos deben anular sus propias actitudes negativas y corregir la información errónea de los pacientes, familiares y amigos.

En el estudio de Sola (1990) se argumenta que hay factores que influyen para que las madres sigan amamantando, entre otros se encuentran los beneficios que les proporciona a las madres y al niño la lactancia.

La mayoría de las madres no encontraron ningún beneficio ni para ella ni para su primer hijo cuando le dieron biberón, ya que mencionan que al darlo gastaban y trabajaban más, además de que le ocasionaba molestias al bebé. El dar biberón requiere de mayores preparativos e higiene, ya que se tienen que lavar y esterilizar los biberones y chupones, además de hervir el agua, poner la cantidad de leche necesaria y buscar la leche conveniente para la edad del niño. Algunas madres por ignorancia o por costumbre no realizan estos preparativos, lo que ocasiona infecciones gastrointestinales, por ese motivo muchas madres preferían lactar. Martha, K. y Ana, B. (1987) mencionan que con el seno los bebés tienen menos molestias ocasionadas por cólicos; además, la leche materna se produce de manera continua, es higiénica y tiene la temperatura conveniente para ser ingerida por el bebé. Como se puede observar, esta es otra ventaja para dar seno al bebé, pero para algunas madres, por la comodidad que les representa para ir a su trabajo prefieren dar biberón.

Aunque casi todas las madres piensan dar seno a su último hijo, el tiempo que le dedicarían dependería de varios factores. Uno de ellos es la edad que ellas consideran conveniente para seguir lactando, ya que mencionan que después de cierta edad no les nutre. Otro es el reincorporarse a sus actividades laborales, lo cual se da más en el hospitalización ordinaria, ya que son empleadas federales y no cuentan con el tiempo suficiente para la hora de lactancia. Algunas viven lejos de su lugar de trabajo y pierden mucho tiempo en el transporte, no cuentan con un área de cuidado cerca al trabajo para continuar con esta práctica. Algunas madres hacen mención, para resolver esta dificultad, al hecho de dar seno al bebé antes y después del trabajo, pero esto puede perjudicar la producción de leche: entre menos succión hay baja más la cantidad de leche producida. Otras mencionan el extraer la leche antes de irse a trabajar y que la guardarían en recipientes para que otra persona alimente al niño, pero aquí podemos encontrar otros inconvenientes, muchas madres no saben extraer la leche y desconocen que no se les debe dar en biberón, sino en un o vaso con una cucharita.

La solución que dan los especialistas para las mujeres trabajadoras es extraer la leche y guardarla en recipientes, en el refrigerador, para que otra persona pueda alimentar al niño, (Gold, Idem.), pero no describen la técnica para poder hacerlo, lo cual sería de mucha utilidad para algunas madres.

En cuanto al alimento que las madres preferirían dar a su último hijo es la leche materna, ya que como varias creen, a los niños los protege de enfermedades y les ayuda en su desarrollo. Además, a ellas les origina una mayor comodidad. Solamente en el hospital de alojamiento conjunto las madres hacen argumentan que la lactancia origina un mayor acercamiento con su hijo, probablemente el hecho de que inmediatamente después del nacimiento le den el

niño a la madre origina una mejor y mas rápido acercamiento de la madre hacia el niño, lo que puede tener influencia en el tiempo de amamantamiento. Esto coincide con el estudio realizado por Villalón y Alvarez (1993) en el que se pudo observar que el contacto precoz y la lactancia materna influyen en la relación madre-hijo.

Los beneficios que la mayoría de las madres piensa tener con el amamantamiento de su ultimo hijo son los mismos que con el primero: economía y comodidad, rápida recuperación de la madre y satisfacción materna. En este punto la satisfacción es considerada de manera diferente en los dos hospitales; en hospitalización ordinaria lo ven como el sentirse bien al dar seno a su hijo, y en alojamiento conjunto mencionan un mayor *acercamiento con el niño*.

En los dos hospitales hacen mención de que una forma de producir más leche es alimentándose mejor y tomando más líquidos. Solamente en alojamiento conjunto algunas madres comentan que amamantando más seguido se produce más leche. Probablemente refieren esto porque inmediatamente después del nacimiento se le pide a la madre que amamante y desde ese momento ella se hace cargo de su hijo las 24hrs del día, atendiéndolo y alimentándolo exclusivamente a seno, además de que durante la estancia se les dan pláticas a las madres sobre la alimentación a seno. También mencionan que otra manera de producirla es tomando atoles, cerveza o pulque, pero lo único que se provoca con la ingestión de estas bebidas es que la mujer engorde, pues estos productos contienen sustancias que provocan sobre peso. Lo único que puede producir más leche, además de una buena alimentación, es dar mas seguido seno al bebe (Sola, 1990). Podemos observar que las creencias y costumbres tienen mucha influencia sobre la forma de alimentar a los niños. Es muy importante dar una

información a la madre sobre la lactancia y ver de qué forma hacer que no se deje influenciar por lo que dicen los conocidos, ya que en muchos casos es errónea la información que llegan a tener.

En relación a si el tipo de comida que consume la madre le afecta al bebé cuando lo está amamantando, la mayoría de las mujeres de alojamiento conjunto

creen que esto no afecta. Al contrario en hospitalización ordinaria, mencionan que sí puede afectar lo que consume la madre a su hijo, ya que piensan que lo que ella consume se va directamente a la leche y le afecta al bebé. Esto puede propiciar un abandono temprano en la lactancia, puesto que si la mujer deja de amamantar por un tiempo la producción de leche puede disminuir y afectar esta práctica.

Probablemente los aspectos sociales, culturales y económicos influyan en la decisión de las madres para poner un horario en la alimentación del bebé, lo cual se ajusta al tipo de programa hospitalario al que asisten las madre, es decir, las madres que acuden a hospitalización ordinaria la mayoría son empleadas y necesitan dejar el alimento a su hijo para que otra persona se lo dé, ya que no tienen las facilidades para poder continuar con esta práctica. A diferencia de las mujeres de alojamiento conjunto, que en su gran mayoría son empleadas domesticas, comerciantes o se dedican al hogar, por lo que tienen el tiempo y la facilidad para dedicarse a esta práctica. En el hospital de alojamiento conjunto las madres opinan que no es conveniente poner un horario al bebé cuando lo amamantan. Klaus y cols. (1970, en Arrieta y Cravioto, 1983) y Villalón y Alvarez

(Idem.) mencionan que el encuentro temprano y el contacto prolongado influyen en la relación madre hijo, además de que sienten mas deseos de amamantar (Johnson, 1976 y Kennell, 1975, en Arrieta y Cravioto, 1983).

Solamente una madre en los dos hospitales se sentía insatisfecha con los conocimientos que tenía sobre la alimentación de los bebés y sentía la necesidad de aprender más, ya que mencionan que "Siempre hay algo nuevo que aprender". Todas las demás declaran estar satisfechas, puesto que les ha funcionado forma de alimentar y cuidar a su hijo o hijos anteriores. Esto coincide con el estudio de Toussaint, Avila-Rosas, Casanueva y Atkin-Zukerman (1988) en el que muestra que las madres multigestas basan su decisión de amamantar en la experiencia que hayan tenido con sus otros hijos.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo nos permite observar algunas experiencias, creencias y expectativas que pueden influir en el cumplimiento de los objetivos planteados en los programas de hospitalización existentes, en lo que respecta a la alimentación a seno materno, ya que las madres son influenciadas por costumbres y creencias familiares o culturales, lo que hace que ellas actúen en base a lo que piensan y a lo que les ha funcionado con sus otros hijos, cumplan o no con los objetivos de los programas que fomenten la lactancia. Esto es más notorio en hospitalización ordinaria, programa que separa a las madres de su hijo por aproximadamente 12 hrs. donde no se permite a la madre experimentar desde un inicio las ventajas o desventajas de la alimentación a seno.

Otro factor que influye para que las madres dejen de amamantar a muy temprana edad es el trabajo, y que no es contemplado por las instituciones. Aunque sugieren que la técnica que pueden emplear las madres en este caso es el extraer la leche antes de ir al trabajo, les quita mucho tiempo realizar esta actividad, y para ellas es mas fácil sustituirlo con leche industrializada, por comodidad (pueden dejarla para que otra persona la prepare) y por ahorro de tiempo, además que algunas no saben, o nunca imaginan, que podían extraer la leche y dejarla para que otra persona alimente a su bebé. Así mismo, a pesar de que tienen derecho a una hora de lactancia en la cual pueden salir a alimentar a su hijo, el lugar de trabajo y el hogar de las madres están retirados uno de otro, y se pierde mucho tiempo en el transporte, lo cual es muy poco práctico para ellas. En este punto podemos mencionar la poca información que hay por parte del personal hospitalario respecto a esta práctica. Por ello es necesario preparar mejor al personal del hospital o realizar un programa en donde se dé toda la información lo más sencilla posible a las madres. Esto sugiere la intervención del



psicólogo como parte del personal que atiende a las futuras y nuevas madres, ya que su participación puede ayudar a un mejor conocimiento de las necesidades y comportamiento de las madres.

Estos hallazgos nos permiten dar sugerencias a los programas hospitalarios ya que nos hacen comprender la situación por la que pasa la madre; conocemos más sus pensamientos y costumbres que algunas veces interfieren con estos programas. Además, estos no pueden diseñarse y aplicarse al margen de las características culturales y sociales de la población.

De lo que nos pudimos dar cuenta es que los programas están diseñados para determinado tipo de población, es decir, la mayoría las madres de hospitalización ordinaria son empleadas y no se pueden dedicar el tiempo que ellas quisieran a la lactancia, por lo que el programa de hospitalización ordinaria determina no entregar el niño a la madre sino hasta 12 horas después del parto, por lo contrario en el programa de alojamiento conjunto, se estimula a las madres desde el nacimiento a que lactan a su hijo, ya que la mayoría son de escasos recursos y tiene la facilidad para lactar por un tiempo prolongado a su hijo.

Finalmente, es necesario hacer más investigaciones, que nos permitan saber qué opinan de la información que les da el personal del hospital, si es clara para ellas, si lo llevarían a la práctica y si están de acuerdo con esto, lo que puede ayudar a mejorar el servicio hospitalario y tener mejores frutos.

Este trabajo es transversal, por lo que no nos permite observar claramente qué tanto influyen las experiencias, creencias y expectativas sobre el objetivo de los programas de lactancia hospitalaria. Entonces, se sugiere realizar un estudio longitudinal, en el cual se pueda observar si lo que dicen las madres concuerda con lo que harán realmente.

## REFERENCIAS

- Alvarado Reynaldo; Atalah, Eduardo; Diaz, Soledad; Rivero, Soledad; Labbe, Maria y Escudero, Yolanda. *Evaluación de un programa de fomento de lactancia materna con monitoras de la comunidad.* Revista Chilena de pediatría. (México) 1994, 65 (3), 166-170.
- Araujo. Vânia; Mildej, Joaquim; Falcao, Emani y Macedo Dária. *El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida.* Bol. of Sanit. Panam. 1991, 110 (4), 313-317.
- Arrieta, Ramiro y Cravioto, Joaquin. (1983). *Lactancia materna: análisis crítico.* Ediciones Mexicanas del Hospital Infantil de México. México. 79-85.
- Barrera, S. (1991). *Serie de guías de capacitación para promotoras y R.P.S. Lactancia Materna.* La paz. 4-27.
- Barria, Marcela; Orozco, Berta; Gatica, Marcia; Mackenney; Valverde, Cristián; Drago, Michele y Valencia, Claudio. *Introducción precoz de fórmula láctea en la alimentación del niño.* (Chile). Revista Chilena de Pediatría. 1990, 61 (4), 218-222.

Beishcher, A. N., Mackay, V. E., (1979). *Obstetricia práctica con cuidados del recién nacido*. Interamericana. México. 217-219 y 228-234.

Cachon, S. *La lactancia materna en un equipo de atención primaria*. Archivos de Pediatría. 1992, 43 (1), 29-31.

Cerezo, Rolando; Figueroa, Rolando y Bran, José. *Contacto temprano madre hijo a través del programa madre canguro y duración de la lactancia natural*. Revista Latinoamericana Perinatología. 1992,12 (3-4), 54-60.

Cerqueira, Maria. *Hábitos de lactancia en México*. Cuadernos de Nutrición (México). 1987, 10 (1), 33-38.

Córdoba, B. Diana. (1997) "*Evaluación del programa de alojamiento hospitalario en dos modalidades: alojamiento conjunto y hospitalización ordinaria*". Tesis Inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Cubillas, M., Roman, R., Leyva, C., Abril, E., Carrasco, E. 1994. *Promoción de la lactancia materna y análisis de la interacción madre-hijo*. La psicología social en México. 361-365.

Fernández, Luis. *Factores que influyen en el abandono de la alimentación al seno materno*. Revista de Perinatología (México). 1986, 1 (Ene.-Dic.), 10-17.

Gold, Marji. *Mejorando las técnicas de apoyo para lactancia*. The Female Patient. 1994, 19 (9), 20-24.

Kaufers, Martha y Pérez, Ana. *Guía práctica para la lactancia*. Cuadernos de Nutrición (México). 1987, 10 (1), 3-14

LA LIGA DE LA LECHE MATERNA DE MÉXICO A. C. Octubre 1989. Hospital General de México. 1 y 2.

Lezine, I. (1979). *La primera infancia*. De gedisa, Barcelona. 129-143

Lira, I. *Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor del lactante de nivel socioeconómico bajo*. Revista Chilena de Pediatría (México). 1994, 65 (1), 21-27.

Martínez, S. C., *La alimentación del recién nacido*. Revista de Perinatología (México) 1986,1 (Ene.-Dic.), 9-16.

McGillicuddy-De Lisi, Ann V. (1982). La relación entre las creencias paternas acerca del desarrollo, la constelación familiar, el estatus socio-económico y las estrategias de enseñanza de los padres. *Families as learning environments for children*. New York. Cap. 9.

Moreno, María; Peñuela, Marco; Marrugo, Alonso y Baptista, Héctor. *Crecimiento durante el primer trimestre de la vida en lactantes a término, no ablactados*. Perinatología Reproducción Humana (México). 1993, 7 (4). pp. 147-150.

Pérez, Rafael. *Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe*. Bol. of Sanit. Panam. 1993, 115 (3). 185-192.

Posadas, Francisco; Martínez, Eusebia; Hernández, Leticia; García, Yolanda y De Jesús, Teresa. *Lactancia materna: seguimiento durante el puerperio*. Ginecología y Obstetricia de México. 1995, 64 (Agosto-October), 392-398.

Radrigán, María; Juez, Gabriel y Coronel, Fabiola. *Alimentación en el primer año de vida*. Revista Chilena de Pediatría (México). 1989, 60 (supl. 1), 9-19.

Roman, Rosario; Abril, Elba; Cubillas, María y Carrasco, María. *Promoción de la lactancia materna: análisis de dos programas educativos*. La Psicología social en México. 1996, 6 (3), 444-449.

Rodríguez, Rosario y Schaefer, Lois. *Conceptos de la lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud*. The Female Patient. 1994, 5 (3), 51-58.

Sola, Juan. 1990. *Alimentación del niño: higiene de la madre durante la lactancia*. Puericultura. Trillas. México.

Tavano, L., Avila, H., Casanueva, E. *Introducción de alimentos distintos a la leche*. Revista de Perinatología (México). 1992, 7 (Ene.-Dic.), 13-18.

Toussaint, Georgina; Avila, Héctor; Casanueva, Esther y Atkin Lucille. *Bases para la formulación de un programa de promoción a la lactancia. I. Identificación de variables en el posparto inmediato.* Perinatología Reproducción Humana. 1988a, 2 (2) pp 96-103.

Toussaint, Georgina; Casanueva, Esther; Atkin, Lucille y Avila, Héctor. *La lactancia: impacto del encuentro temprano Madre-Hijo.* Perinatología Reproducción Humana. 1988b, 2 (3) 115-119.

Vega, L. *Por qué, cómo y cuándo iniciar la ablactación.* Cuadernos de Nutrición (México). 1988, 1 (4), 3-9.

Villalón, Hernán y Alvarez, Patricia. *Efectos a corto plazo del contacto precoz piel a piel sobre la lactancia materna en recién nacidos de término sanos.* Revista Chilena de Pediatría. 1993, 64 (2), 124-128.

**ANEXOS**  
**(Guía de Entrevista)**



# GUIA DE ENTREVISTA

## DATOS GENERALES

Numero de cuestionario

Hospital

Cama

Nombre

Edad

Lugar de Origen

Estado Civil

Domicilio

Estudios

Ocupación

Número de Hijos

Tipo de parto

- 1) ¿Amamantó a su primer hijo?
- 2) Por qué?
- 3) ¿Por cuánto tiempo?
- 4) ¿Por qué dejó de darle seno?
- 5) ¿Observó alguna modificación anatómica en usted por lactar?
- 6) ¿En qué momento sentía que se le llenaban los senos de leche?
- 7) ¿Tuvo dificultades para darle seno a su bebé?
- 8) ¿Durante cuánto tiempo?
- 9) ¿Qué hizo para resolverlas?
- 10) ¿Esas dificultades la hicieron pensar en abandonar la lactancia?
- 11) ¿Qué motivos la hicieron continuar lactando?
- 12) ¿Qué beneficios le trajo a usted la alimentación a seno?
- 13) ¿Qué beneficios le trajo a usted el uso del biberón?
- 14) ¿Qué beneficios le trajo a usted introducir otros alimentos?
- 15) ¿Que beneficios obtuvo el bebé por alimentarse a seno?
- 16) ¿Que beneficios obtuvo el bebé por alimentarse con biberón?
- 17) ¿Que beneficios obtuvo el bebé al introducir otros alimentos?
- 18) ¿Al darle seno a su bebé qué otras actividades realizaba?
- 19) ¿Al darle biberón a su bebé qué otras actividades realizaba?
- 20) ¿Cómo sabía cuándo pasar al bebé de un seno a otro?
- 21) ¿Qué hacía para que el bebé soltara el pezón?
- 22) ¿Piensa darle seno a su bebé?
- 23) ¿Por qué?
- 24) ¿Hasta qué edad piensa darle seno a su bebé?
- 25) ¿Por qué?
- 26) ¿Le daría seno a un bebé que no fuera suyo?

- 27) ¿Por qué?
- 28) ¿A qué bebé que no fuera de usted le daría seno?
- 29) ¿Por qué?
- 30) ¿Cree que la leche materna tendrá beneficios para su hijo?
- 31) ¿Cuáles?
- 32) ¿Cree que la leche industrializada tendrá beneficios para su bebé?
- 33) ¿Cuáles?
- 34) ¿Cómo le gustaría más alimentarlo?
- Dar seno
  - Dar biberón
  - De otra manera
- 35) ¿Por qué?
- 36) ¿Qué alimento es mejor para el bebé?
- Leche industrial
  - Leche materna
  - Otro alimento
- 37) ¿Cree a cualquier edad la leche materna es buena?
- 38) ¿Por qué?
- 39) ¿Cree que para alimentar al bebé se le debe poner un horario?
- 40) ¿Por qué?
- 41) ¿Cree que usted podría tener alguna dificultad para darle seno al bebé?
- 42) ¿Qué haría para superar tal dificultad?
- 43) ¿De qué cree que dependa la cantidad de leche que se tenga?
- 44) ¿Qué haría usted o qué alimentos consumiría para tener más leche?
- 45) ¿Cree que el amamantar tenga algunos beneficios para usted?
- 46) ¿Qué beneficios?
- 47) ¿Que cree que prefiera el bebe cuando lo alimenta: seno o biberón? ¿Por qué?
- 48) Si usted trabajara ¿cómo resolvería la problemática de la alimentación de su bebé?
- 49) ¿Qué reacciones cree que presente su hijo cuando le suspenda definitivamente la alimentación a seno?
- 50) ¿Cree que el tipo de comida que consume la madre afecte a su hijo cuando lo amamanta? Por que?
- 51) ¿Como aprendió la forma de alimentar a su hijo?
- 52) ¿Está de acuerdo con la información que le han dado?
- 53) ¿Por qué?
- 54) ¿Qué consejos le daría a las mujeres que van a ser madres sobre la alimentación de los bebés?