



UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO 21

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**Creencias de lactancia materna y su influencia en la conducta
de amamantar**

DIRECTORES: Lic. Beatriz Ergo
Lic. Teresa Reyna

ALUMNA: Rey Evangelina
AÑO: 2009.

Agradecimientos:

A mis padres Patricia y Joaquín, a mis hermanos Lucia, Florencia y Joaquín por creer en mí y darme su apoyo incondicional.

A mis profesores de quienes siempre aprendí, en especial a Beatriz Ergo y Teresa Reyna por su dedicación, voluntad y disposición que guiaron este trabajo y permitieron su ejecución.

A las madres entrevistadas que participaron voluntariamente ofreciéndome su tiempo y sincera colaboración, sin la cual no se podría haber realizado este trabajo.

Creencias de lactancia materna y su influencia en la conducta de amamantar.

Evangelina Rey

Directores: Lic. Teresa Reina y Lic. Beatriz Ergo.

Departamento de Psicología- Universidad Empresarial Siglo 21

Resumen:

Una recomendación de la Organización Mundial de la Salud es que durante los primeros seis meses de vida, los lactantes deberán ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, y un desarrollo saludable. La lactancia materna está definida como un fenómeno cultural social y psicológico. Es un hecho generalmente aceptado que toda mujer sana es capaz de amamantar satisfactoriamente a su hijo. Sin embargo la causa más citada por las madres por el abandono de la LM es la falta de leche. Pero hay muchos factores que pueden producir el abandono de la lactancia materna uno de ellos son las falsas creencias ya sea por falta de información o por poseer conocimientos erróneos de ella.

En el presente trabajo se exponen los resultados de un estudio sobre las posibles creencias en una muestra de 50 madres que concurren al Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología (UNC). Los mismos reflejan que se detectaron creencias que apoyan de manera positiva la lactancia materna. Sin embargo los resultados demuestran la existencia de creencias y conductas perjudiciales para el amamantamiento.

Palabras clave: Lactancia materna – creencias - conductas.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	5
FUNDAMENTACIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
METODOLOGÍA.....	33
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	36
I. Datos estadísticos sociodemográficos.....	36
II. Indicadores de la conducta de amamantar.....	42
III. Factores relacionados con la conducta materna que determinan el éxito o fracaso de la lactancia	45
IV. Creencias de lactancia materna.....	52
CONCLUSIONES.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS.....	66
I. Entrevista.....	67
II. Entrevista a madres.....	73

Introducción

Conscientes de que la lactancia natural es un medio inigualado de proporcionar el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes, de que dicho medio constituye una base biológica y emocional única tanto para la salud de la madre como para la del niño, por tal motivo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y El Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Infancia (UNICEF), recomiendan que todos los niños reciban alimentación exclusiva al pecho desde el nacimiento hasta los seis meses de vida (*Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud; 1993*).

No practicar la lactancia natural, y especialmente la lactancia natural exclusiva durante el primer medio año de vida, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, que se agrava aún más por la alimentación complementaria inadecuada.

Las repercusiones duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida y las dificultades de desarrollo intelectual y social (*OMS/UNICEF; 1993*).

La lactancia materna depende en gran medida de la elección personal de la madre y está relacionada con las actitudes y los factores de personalidad. La forma en que una madre cuida a su hijo, está sujeta a una mezcla compleja de su dotación genética, la respuesta del niño, una larga historia de relaciones interpersonales con otros, su entrono familiar, el embarazo actual y los anteriores, la sociedad y la cultura (*Lawrence; 1996*).

El método elegido para alimentar a un bebé no es más que un aspecto del estilo de interacción entre madre e hijo. Existen dos tipos de lactancia, la Completa (pudiendo ser excesiva o predominante) y la Parcial (*Torresani; 2001*).

En nuestro país, a pesar de la promoción que se realiza para lograr la lactancia materna exclusiva durante al menos los 4 primeros meses de vida, diversos factores conspiran contra el logro de este objetivo de manera que a

pesar de que la gran mayoría de las madres son dadas de alta de los hospitales con lactancia materna exclusiva, muchas de ellas la abandonan antes de los 4 meses.

Resultados de la investigación realizada por Prendes Labrada, Vivanco del Río, Gutiérrez González, Guibert Reyes en Cuba sobre “*Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez*” (1999), indican que la causa de abandono de la lactancia materna exclusiva referida con mayor frecuencia por las madres fue el no tener suficiente leche, cuestión que no fue corroborada en ningún caso por el Médico de Familia.

Santisteban (2001) identifica algunas de las causas de abandono de lactancia materna, las cuales son: mayor acceso y uso de los servicios de salud modernos; la comercialización de sucedáneos de la leche materna de la industria lácteos; el mito que la madre que trabaja no puede lactar; la continuación de creencias tradicionales sobre la práctica de la lactancia materna; la falta de educación a las madres sobre las técnicas de lactancia materna y como asegurar que tengan suficiente leche; falta de enseñanza actualizada sobre lactancia materna en las facultades de medicina, enfermería y obstetricias y falta de capacitación al personal de salud.

La teoría del determinismo recíproco (Bandura 1982) sugiere que el aprendizaje es el resultado de variables que interactúan. Estas son: factores personales, incluyen creencias y actitudes que afectan el aprendizaje. Los factores conductuales refieren a la relación que tiene una persona en determinada situación. Y los factores ambientales implican el papel que desempeñan las personas del círculo más cercano.

Estas afirmaciones llevaron a cuestionar cuál es el impacto de las falsas creencias en la conducta de lactancia de las madres. Por lo cual, el propósito de esta investigación es profundizar en el conocimiento de las creencias sobre lactancia materna y su posible influencia en la conducta de amamantar; estableciendo así la posible relación entre ellas.

Este trabajo pretende servir de aporte al abordaje de la madre embarazada y lactante, para el reconocimiento de aquellas creencias que puedan obstaculizar el establecimiento de la lactancia materna y así, el vínculo afectivo y pleno con el niño.

Fundamentación

Varias generaciones atrás muchas mujeres dejaron de amamantar a sus hijos interrumpiéndose de esta forma la transmisión de conocimientos. Lo que se ha perdido es la cultura del amamantamiento. En esta pérdida intervienen fundamentalmente estos componentes:

1. Modificaciones en la leche de vaca: los avances en las ciencias químicas hicieron que la ingesta de la leche de vaca sea aceptable.
2. Cambios sociológicos ocurridos a lo largo de los siglos XIX y XX, entre ellos:
 - La incorporación de la mujer al trabajo asalariado, muestra al amamantamiento como un problema.
 - Un cierto espíritu de modernidad con creencias ciegas en avances científicos-técnicos.
 - El pensamiento feminista hace que la lactancia artificial sea considerada como una liberación.
 - Enormes intereses económicos industriales.
 - Una participación activa de la clase sanitaria que cree ciegamente en los avances científicos. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2004)

Ya en 1974 la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió el descenso de la Lactancia Materna (LM) en muchos países del mundo donde se recomendó regular la promoción y venta de sucedáneos.

En 1979 se realiza una Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentación del Lactante y del Niño donde se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna. Lamentablemente esta recomendación de La Organización Mundial de la Salud no logró modificar las tasas de LM.

Por ello, en 1989 OMS/UNICEF realizan la declaración conjunta sobre “Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. Como la función especial de los servicios de maternidad”, instando a que todos los sectores de la sociedad, especialmente los padres, tengan acceso a educación sobre LM y

reciban apoyo para ponerla en práctica. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2004)

Otra recomendación de la OMS es que durante los primeros seis meses de vida, los lactantes deberán ser alimentos exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, y un desarrollo saludable.

La leche materna constituyen la principal fuente de alimento para el niño pequeño, sus ventajas no se reducen a una mejor digestión y menor costo. Hoy se sabe que tiene un incalculable valor inmunológico, incluso se habla de su efecto protector para la aparición de enfermedades cardiovasculares, así como en la prevención de la Diabetes Mellitas tipo 1. Además se señala que ejerce una ligera protección sobre el riesgo de cáncer mamario en las madres.

Resultados de la investigación realizada por Melanie M. Smith, Maureen Durkin, Veronica J. Hinton, David Bellinger and Louise Kuhn en Estados Unidos sobre “Influencia de Amamantamiento sobre Resultados Cognoscitivos a la edad de 6-8 años: Continuación de Infantes (Hijos) de muy bajo peso al nacer” (2003), con una muestra de 439 niños de edad escolar 6-8 años que pesaron aproximadamente 1,500g al nacer. Los resultados demostraron que los que tuvieron el mayor puntaje en el resultado de los test fueron alimentados exclusivamente con LM comparado con aquellos que no recibieron esa alimentación en absoluto.

En la investigación realizada por Sharon E. Kotan sobre “Predictores de intenciones de amamantar en mujeres de bajos ingresos” (2007). realizada en Buy, Walton y los países del Golfo, demuestra que las intenciones de amamantar son más frecuentes en mujeres hispanas y blancas que asistieron a la Universidad, tienen un mayor conocimiento de lactancia y altos niveles de autoeficacia. Las herramientas que se utilizaron fueron dos cuestionarios autoaplicados para recolectar datos demográficos y actitudinales de mujeres mayores de 16 años que solicitaron para el Programa de Nutrición Especial Suplemental Para Mujeres, Hijos y Niños (WIC) siglas de Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, en el período del 30 de octubre de 1996 al 20 de Noviembre del mismo año.

La lactancia materna está definida como un fenómeno cultural social y psicológico. Es un hecho generalmente aceptado que toda mujer sana es capaz de amamantar satisfactoriamente a su hijo. Sin embargo la causa más citada por las madres por el abandono de la LM es la falta de leche. Pero hay muchos factores que pueden producir el abandono de la lactancia materna uno de ellos son las falsas creencias ya sea por falta de información o por poseer conocimientos erróneos de ella.

Objetivos

Objetivo General

Identificar la naturaleza de las creencias sobre la lactancia materna y cómo estas influyen sobre la conducta de amamantar.

Objetivos Específicos

- Identificar las posibles creencias que poseen las madres.
- Resaltar las creencias que aparecen con mayor frecuencia.
- Comparar el nivel de conocimiento y creencias sobre la lactancia que poseen las madres.
- Analizar la creencia que más afecta a la conducta de lactancia.

Marco teórico

La leche humana ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los dos primeros años, al ser complementadas con otros alimentos. Desde el punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y coincide con una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos. Es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que crece. (UNICEF, 1995).

Se distinguen: leche de pretérmino, el calostro, la leche de transición y la leche madura.

El **calostro** se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. Este está ajustado a las necesidades del recién nacido: produce inmunoglobulinas que cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros agentes patógenos. El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríplico funcional succión-deglución-respiración. Por otro lado, los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

La **leche de transición** es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable de aproximadamente entre 600 a 800 ml/día.

La **leche materna madura** tiene una gran variedad de elementos y hoy en día está demostrado que esta se adapta a las necesidades de cada niño.

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado.

La **leche de pretérmino** contiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más

apropiada, ya que el niño inmaduro requiere mayor cantidad de proteínas. (UNICEF; 1995).

Fisiología de la lactancia

Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos. En el hombre se mantienen rudimentarias toda la vida, en cambio en la mujer están poco desarrolladas hasta antes de la pubertad, cuando empieza el proceso de maduración. El máximo desarrollo de estas glándulas se produce durante el embarazo y especialmente en el período posterior al parto, durante la lactancia.

Las mamas están situadas en la parte anterior del tórax y pueden extenderse en medida variable por su cara lateral. Su forma varía según características personales, genéticas y en la misma mujer de acuerdo a la edad y paridad. La mayor parte de la masa de la mama está constituida por tejido glandular y adiposo. Durante el embarazo y la lactancia el tamaño de la mama aumenta debido al crecimiento del tejido glandular. (*Santisteban; 2005*)

Las glándulas mamarias se preparan para la lactancia a través de una serie de pasos que ocurren desde la adolescencia y durante el embarazo. Después del parto tiene lugar un cambio dramático en el patrón hormonal de la madre. Una caída súbita en los niveles circulantes de estrógeno y progesterona se acompaña de la elevación rápida en la secreción de prolactina. Estos cambios y otros establecen la etapa para el inicio formal de la lactancia.

El estímulo típico para la producción y la secreción láctea es la succión del lactante en la mama materna. Los nervios que corren bajo la piel de la areola envían un mensaje al hipotálamo, que en turno transmite un mensaje a la hipófisis, donde se estimulan las áreas anterior y posterior para liberar sus hormonas respectivas. La prolactina de la hipófisis anterior estimula la producción de la leche por las células alveolares en el tejido mamario. La oxitocina de la hipófisis posterior estimula las células mioepiteliales de la glándula mamaria para que se contraigan, causando movimiento de leche a través del sistema de conductos y los senos lactíferos para permitir el arribo último en la boca del lactante; este proceso se denomina “bajada de leche”.

Debido a que la oxitocina también estimula las células musculares de útero para que se contraigan, la lactancia inmediatamente después del parto se

considera de utilidad para ayudar a cortar con rapidez la hemorragia uterina (Stone Neuhouser; 1998).

Independientemente de la forma y tamaño de la mama o del pezón, lo realmente importante es que se produzca el acoplamiento correcto con la boca del niño para que la succión resulte efectiva.

El término succión es confuso, porque hace pensar que la leche se obtiene sólo por aspiración, mientras que en realidad se necesitan además otros dos mecanismos: la presión de los alvéolos por la musculatura que los envuelve, y el ordeño que realiza la lengua del niño. Al tratarse de fibras lisas, la contracción muscular es involuntaria; depende de la liberación de oxitocina y es imprescindible para crear un gradiente de presión que empuje la leche hacia los conductos más distales. En cuanto al ordeño, es importante que una buena porción de la mama entre dentro de la boca. La lengua presiona la mama contra el paladar al tiempo que hace un movimiento de adelante hacia atrás con la punta de la lengua. Este movimiento de extensión complementado con otro de aspiración consiguen vaciar la leche de los senos y conductos galactóforos, disminuyendo la presión en la parte final del sistema y favoreciendo el avance de la leche desde los alvéolos hacia el pezón (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de pediatría; 2004).

Clasificación de la lactancia materna según OMS/UNICEF (Torresani; 2001)

La *Lactancia Materna Completa* constituye el tipo de alimentación recibida por el bebé basada en leche materna, pudiendo ser exclusiva o predominante.

- La *Lactancia Materna Exclusiva* es aquella en la cual el niño recibe únicamente leche materna sin agregado de otro líquido, con excepción de gotas o jarabes que contienen vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.
- La *Lactancia Materna Predominante* se da cuando el niño recibe como alimento predominante leche materna, pudiendo agregarse agua y bebida a base de agua (agua con azúcar, infusiones, etc.), jugos de frutas, solución de rehidratación

oral, además de vitaminas, minerales o medicamentos en gotas o jarabes.

La *Lactancia Materna Parcial*: constituye el tipo de alimentación recibida por el bebé integrada en un 20% o más por leche materna. Según cual sea el aporte de la leche materna sobre otros alimentos o fórmulas, ésta puede ser: **Alta** (si más del 80% de las comidas consiste de leche materna), **Mediana** (si el 20-79% de las comidas consiste de leche materna) y **Baja** (si menos del 20% de las comidas consiste de leche materna).

Además se han descrito dos estilos distintos de lactancia: lactancia irrestricta y restringida.

En la *Lactancia Irrestricta* el niño es puesto al pecho cada vez que llora o protesta, se lo alimenta según la demanda y no según el reloj (con pausa de tres horas entre tomas, generalmente horario indicado por el médico). El lactante no recibe biberones, y la alimentación complementaria no se introduce hasta la segunda mitad del primer año (Lawrence; 1996). Las tomas frecuentes y a demanda, incrementan la producción de leche y el aumento ponderal del lactante, éste se alimenta de 8 a 12 veces al día, más que de modo artificial, puesto que la leche humana es digerida con más facilidad que la fórmula. La toma suele durar 15 minutos en cada pecho, aunque algunos lactantes son más eficientes y con 5 o 7 minutos en cada mama se alimentan suficientemente. Por el contrario, la duración excesiva de la lactancia sugiere que el niño no se alimenta adecuadamente (Aguayo Maldonado; 2001).

La *Lactancia Restringida* se caracteriza por las normas y los reglamentos, y tanto la frecuencia como la duración de las tomas están determinadas por el reloj. El destete suele producirse hacia el tercer mes, si no antes, no son raros los biberones suplementarios y los alimentos complementarios. Por todo ello el reflejo de eyección nunca se establece bien (Lawrence; 1996).

Beneficios de la lactancia materna (OMS/UNICEF, 1993; Stone Neuhouser, 1998; OPS, 1994; Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires, 1996)

Beneficios para el niño:

- ✓ La leche materna es nutricionalmente superior a cualquier alternativa.
- ✓ Es bacteriológicamente segura y siempre está fresca.
- ✓ Contiene una diversidad de factores antiinfecciosos y células inmunológicas. Lo que contribuye a proteger al bebé contra la diarrea, gripes, infecciones de oído y el pecho, alergias y otras enfermedades.
- ✓ El aparato digestivo del niño se desarrolla con más rapidez cuando se le alimenta con leche materna, lo que impide la entrada de proteínas extrañas al sistema.
- ✓ Es el mejor alimento y el único adecuado para el estómago del bebé, por lo que padece menos cólicos, constipación y diarreas.
- ✓ Los bebés amamantados son menos susceptibles de ser sobrealimentados.
- ✓ La leche materna favorece un buen desarrollo mandibular y dental.
- ✓ Está siempre lista y a la temperatura adecuada.
- ✓ Contiene agua suficiente para satisfacer la sed del bebé. Dar al lactante cualquier alimento o bebida distinto de la leche materna incrementa el riesgo de que pueda contraer diarreas y otras enfermedades.
- ✓ La lactosa ayuda a prevenir el raquitismo y ayuda en la absorción del calcio y el desarrollo del cerebro.
- ✓ La lactancia materna permite una relación estrecha entre la madre y el niño y favorece el contacto cercano entre ambos.
- ✓ Los niños alimentados con leche materna reciben más atención y estímulos que los ayudan a crecer y desarrollarse, además de que contribuye a que se sientan más seguros.
- ✓ La lactancia materna es un estímulo para los sentidos del tacto, vista, oído y olfato, permitiendo un desarrollo más pleno de las capacidades del bebé.
- ✓ Los factores de crecimiento que contiene la leche materna mejoran el desarrollo y la maduración del sistema nervioso central y órganos como la piel.

Beneficios para la salud de la madre:

- ✓ La madre que da de mamar ahorra dinero, tiempo y trabajo. Evita el uso de instalaciones para su preparación. Su costo es notablemente inferior a las leches artificiales.
- ✓ La oxitocina liberada durante la lactancia favorece la contracción del útero y ayuda a contener el sangrado después del parto. Por eso, la lactancia natural debe comenzar inmediatamente después del parto y continuar con frecuencia.
- ✓ Las mujeres que amamantan pueden producir leche aún teniendo una ingesta limitada.
- ✓ La lactancia frecuente retarda el restablecimiento de la menstruación y ayuda a evitar otro embarazo. Esto favorece la conservación de reservas de hierro y el espaciamiento de los nacimientos.
- ✓ Existe un riesgo menor de cáncer de las mamas, de los ovarios y del útero.
- ✓ Se reduce la depresión postparto.
- ✓ La recuperación física del parto es más rápida. Exime a la madre de realizar ejercicios y dieta para el descenso de peso, previene la obesidad.
- ✓ Los lazos emotivos redundan en menos casos de maltrato y abandono del niño.
- ✓ La lactancia natural facilita la alimentación durante la noche y en los viajes.
- ✓ No existe la preocupación de que la leche se acabe o se eche a perder.
- ✓ No existen preocupaciones en cuanto a la escasez de fórmulas artificiales para lactantes debido a la mala distribución, la sequía o las situaciones de crisis.

Factores relacionados con la conducta materna que determina el éxito o fracaso de la lactancia

El éxito o fracaso de la lactancia materna depende de una serie de influencias de carácter psicosocial (experiencias de la infancia materna, consejos y experiencias durante el embarazo y el parto, aceptación de las normas de la comunidad, relación con la familia, apoyo emocional durante el período postnatal, factores económicos, etc.) que se ejercen sobre la madre, mientras que en otras circunstancias dependen de factores que interfieren en su relación con el niño (relación madre-hijo, dificultades físicas y problemas laborales, actitud materna hacia la alimentación al seno, etc.) (OPS; 1994).

Se consideran en este trabajo como factores que determinan el éxito o fracaso de la lactancia materna, los siguientes:

- Momento del inicio de la lactancia materna.
- Técnica de alimentación utilizada por la madre.
- Introducción a otros líquidos e incorporación de chupetes.
- Indicios de hambre y datos de saciedad.
- Información recibida por la madre durante el embarazo.
- Impacto de opinión de la familia acerca de la alimentación al seno, que repercute en la conducta de lactancia materna.

▪ **Momento del inicio de la lactancia materna.**

Para iniciar exitosamente la lactancia, se debe permitir al recién nacido amamantarse dentro de la primera hora del nacimiento, cuando tanto sus reflejos como la sensibilidad de su madre a los estímulos táctiles de la areola y el pezón son más fuertes. (Akre; 1992). Puesto que los bebés suelen estar muy despiertos y activos durante este período, los investigadores lo han denominado período sensible (Academia Americana de Pediatría; 2001). Se ha comprobado que si se coloca al recién nacido a término inmediatamente después del nacimiento en contacto piel con piel con su madre se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo; aumenta la autoconfianza de la madre en el cuidado de su hijo, con el que se muestra más afectuosa, se preserva la energía y se acelera la adaptación metabólica del recién nacido. Durante las

dos primeras horas después del nacimiento, el bebé está especialmente alerta. Si se le deja en decúbito prono sobre su madre, contacto piel con piel, el recién nacido permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va poniendo en marcha los reflejos de arraigo (búsqueda, succión de su puño), va reptando hacia los pechos, se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor, u hace una succión espontánea y correcta. A partir de entonces, es más probable que haga el resto de tomas de forma correcta, lo que puede explicar los beneficios que tiene el contacto piel con piel inmediato sobre la duración de la lactancia materna. (*Gómez Papi; 2004*).

Es de esperarse que la leche madura fluya en las siguientes 48 a 96 horas después del parto. Antes de este tiempo, debe aparecer el líquido amarillento claro denominado calostro; más rico en proteínas y de menor contenido en grasas y carbohidratos que la leche madura; y también una fuente rica en anticuerpos (*Stone Neuhouser: 1998*). Todos los recién nacidos deben tomar el calostro, ya que las cualidades de la infusión contiene los nutrientes que necesita el bebé debido al contenido de inmunoglobulinas y factores de crecimiento que estimulan los sistemas propios del niño (*Akre; 1992*).

La madre que ha tenido operación cesárea, también puede dar de mamar, buscando una posición que le sea cómoda. Generalmente los medicamentos que dan en el hospital después de la cesárea no afectan la leche de la madre. Por las molestias de la herida, la madre necesitará ayuda para colocar a su bebé al pecho-

En cualquier caso, sea parto normal o cesárea, lo mejor es que la mamá y el bebé estén siempre juntos (*Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 1996*).

- **Técnicas de alimentación utilizadas por la madre:**

Para que la lactancia sea satisfactoria, es importante que tanto la madre como el lactante se coloquen en una posición cómoda, ya sea sentados o acostados sobre un lado (*Stone Neuhouser; 1998*). La buena posición ayuda a evitar pezones lastimados, a mantener una buena producción de leche, y a disminuir cólicos del bebé (*Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 1996*). La madre debe sostener al bebé cerca, acunándolo sobre su brazo para apoyar la cabeza si ella está sentada debe sostener su mama de tal manera

que la areola y el pezón estén lo más posible en la boca del bebé (Stone Neuhouser; 1998).

Cuando la mamá está dando el pecho en la forma más común (sentada), la buena posición es:

- el rostro del bebé frente al pecho, la boca del bebé debe estar bien abierta, tomado parte de la areola, con los labios volteados hacia afuera
- la panza del bebé frente a la panza de la mamá
- la cabeza del bebé en la curva del brazo de la mamá
- el brazo del bebé debe quedar atrás de la mamá (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 1996).

En las primeras dos semanas el bebé no tiene ningún patrón regular para lactar, la lactancia será a libre demanda, con una frecuencia mínima de 10 a 12 veces en 24 horas y por un tiempo de 10 a 15 minutos en cada mama. Para determinar el intervalo de amamantamiento se debe considerar el tiempo en que inicia el amamantamiento y el siguiente comienzo. Debemos alternar el inicio de las mamas en cada amamantamiento, para asegurarnos un estímulo simétrico en cada mama.

Lactancias frecuentes en los primeros días post parto está relacionado con una menor pérdida de peso del recién nacido, aumento en la producción de leche materna, y en la ganancia de peso, menor incidencia de hiperbilirrubinemia y el pasaje de meconio más rápido. (Santisteban; 2005)

Debido a que la leche materna se digiere con mayor facilidad, los lactantes amamantados pueden desear alimentarse con mayor frecuencia que aquellos alimentados con fórmulas lácteas. Por lo tanto la leche materna lleva un rol de reforzador positivo de la conducta de amamantamiento (Stone Neuhouser; 1998).

En ocasiones a lo largo de la lactancia del bebé puede ser necesaria la extracción de leche materna y puede ser imprescindible para la madre que trabaja fuera de casa o para la que tiene su hijo separado de ella por diversas causas.

La extracción de leche materna es una técnica para vaciar el pecho que imita la succión del bebé y exige entrenamiento y paciencia. Se hace más eficaz a medida que la madre tiene práctica con la extracción y es más sencilla en la madre que tiene establecida una buena producción de leche que cuando se inicia la lactancia.

La leche materna puede obtenerse mediante la extracción manual, con extractores manuales o eléctricos. La técnica manual es especialmente útil para disminuir la tensión en la areola o el pecho debido a una excesiva cantidad de leche y facilitar el enganche al pecho; para vaciar un pecho excesivamente lleno de forma puntual cuando el bebé no está disponible; y para estimular el reflejo de eyección antes de amamantar o de la extracción mecánica (*Hernández Aguilar; 2004*).

- **Introducción de otros líquidos e incorporación de chupetes:**

Los pezones artificiales, ya sean tetinas o chupetes, pueden interferir en la lactancia. Este es uno de los problemas de ofrecer chupete a un bebé lactante, especialmente si todavía no domina la técnica de mamar. (*La Leche League Internacional; 2003*).

Los lactantes en los que se utilizan biberones en las primeras semanas de vida pueden experimentar “confusión al pezón”. Debido a que es bastante diferente la acción muscular requerida por el lactante para vaciar una botella con respecto a la que requiere para alimentarse del seno materno; ya que con el biberón tiene mayor disponibilidad de alimento en menos tiempo, los lactantes muy pequeños se confunden con facilidad si se ofrecen ambos métodos de alimentación. En vista de que se requiere más trabajo para succionar la mama, los lactantes pueden rechazarla, lo que conduce a una incapacidad para lactar (*Stone Neuhouser; 1998*).

Lawrence (1996) expone la importancia de la succión por consuelo y el desarrollo de la preferencia por el pezón para crear la impronta en el pezón de la madre. Si la lactancia natural no está establecida todavía se pueden producir errores o contratiempos si el bebé se fija en una tetina o en su pulgar ya que esta actividad se debe dirigir a la creación de la impronta con el pezón de la madre.

Otro riesgo expuesto por *La Leche League Internacional* (2003) del uso de chupetes es la menor estimulación del pecho interfiriendo así en la producción de leche. Si se interrumpen las tomas el bebé se ve privado de la leche que se produce al final y que contiene gran cantidad de calorías y grasas. Por tales motivos se debe evitar el uso de chupete para reconfortar a un recién nacido hasta que la lactancia esté bien establecida.

Una vez instaurada la lactancia el chupete puede ser útil para el bebé amamantado. Calmarlo cuando su madre no puede amamantarlo en un momento dado, puede reconfortar a un bebé que está alterado o nervioso para mamar, las madres de gemelos encuentran útiles los chupetes cuando un bebé tiene que esperar mientras su madre se hace cargo del otro hijo. Los hospitales utilizan chupetes con bebés prematuros para estimular el reflejo de succión y ayudarlo a asociar la succión con el suministro de alimento, incluso cuando se alimentan por sonda.

Con respecto a la introducción de otros líquidos, no hay necesidad de ofrecer a los bebés amamantados agua adicional, la leche materna proporciona todo el líquido que el bebé necesita (*Stone Neuhouser; 1998*).

La utilización de otras leches hace que disminuya la producción de leche materna, disminuye el apetito del lactante para la leche materna, aumenta el riesgo de infección y alergia y la probabilidad de caries, dientes torcidos, maloclusión y caída dental (*Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 1996*).

Las infecciones pueden producirse ya que el lactante no cuenta con los factores antiinfecciosos y anticuerpos presentes en la leche materna (*Stone Neuhouser; 1998*) y porque aumenta el riesgo de introducción de organismos patógenos por la utilización de biberones y tetinas sucias o agua contaminada (*UNICEF; 2004*). Las alergias pueden originarse debido a la permeabilidad de la mucosa intestinal hacia las moléculas grandes provocando en el niño una hipersensibilidad a la leche de vaca (*Akre; 1992*). El agarre del bebé al biberón es muy distinto al agarre del pecho, como no es necesario que abran y cierren la boca las mandíbulas de estos bebés no se desarrollan tanto. Además, con la punta de la lengua tienen que detener la leche que brota de la tetina; todo ello da pie a una mayor frecuencia de maloclusión, dientes torcidos y caída dental

(Gómez Papí; 2004). También existe la posibilidad de caries por el agregado de azúcar a las leches artificiales (Stone Neuhouser; 1998).

- **Indicios de hambre y datos de saciedad:**

Los bebés tienen un “reloj” interno que regula sus ciclos corporales de alimentación, sueño y excreción y quizás incluso sus estados de ánimo. Estos ciclos periódicos de vigilia, sueño y actividad, los cuales gobiernan el estado de alerta o grado de atención, parecen ser innatos e individuales. La mayoría de los recién nacidos despiertan cada dos o tres horas durante el día y la noche. Los cortos episodios de sueño se alternan con estados más breves de alerta, los cuales están principalmente dedicados a su alimentación (Papalia, Wendkos-Olds, Duskin Feldman; 2001).

La Academia Americana de Pediatría recomienda para un buen manejo y establecimiento de la lactancia temprana, amamantar siempre que el bebé presente signos de hambre, como mostrarse alerta o activo. Llorar es el último indicador de hambre (La Leche League Internacional; 2003). Mostrarse activo y alerta es uno de los estados descriptos por Prechtl (1984) en la valoración del neonato. Estos estados son: Estado I: Sueño profundo; Estado II: Sueño MOR (Proporción más alta); Estado III: Somnolencia; Estado IV: Alerta en calma (óptimo para aprender y relacionarse); Estado V: Alerta Activo; Estado VI: Llanto (Maldonado; 2000).

- **Información recibida por la madre durante el embarazo:**

La educación prenatal resulta especialmente importante cuando la hospitalización dura menos de 24 horas y en los países en que se pueden adquirir fácilmente biberones y preparaciones para lactantes. Cuando los agentes de salud discuten la alimentación del niño con las mujeres durante la atención prenatal, pueden ayudarlas a elegir la lactancia natural (OMS/UNICEF; 1993). Es importante que durante los controles del embarazo se traten temas relacionados con la lactancia tales como: cuidado de los pezones, beneficios de la alimentación al pecho, importancia del primer contacto con el bebé antes de la primera hora de vida y de la internación conjunta, regreso al trabajo fuera del hogar, prevención de problemas, adecuada alimentación de la madre, sexualidad y otros temas (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 1996).

- **Impacto de la opinión de la familia acerca de la alimentación al seno, que repercute en la conducta de lactancia materna:**

La conducta en la lactancia ha sido relacionada con el papel de la mujer en la vida, bajo el influjo de su ambiente cultural, educación clase social y trabajo. La postura ante la lactancia, del marido, familiares cercanos y amigos influyen sobre las posibilidades de éxito y la edad del destete, y tal postura suele influir en su mayoría de forma negativa disminuyendo o eliminando la lactancia (Lawrence; 1996).

Un estudio CLACYD mostro que la convivencia en el hogar de otras personas junto al núcleo familiar básico (familia extendida) está asociado a un mayor abandono de la lactancia natural, así como la posición del padre a favor de la lactancia parcial o su indiferencia respecto a la alimentación del niño (Berra; 1997).

Una mujer cuyo marido no apoya la lactancia materna desteta pronto o ni siquiera empieza. Los padres pueden oponerse a que sus esposas den el pecho porque no quieren compartir con un niño esta parte de su pareja; algunos padres expresan su temor a que los pechos se caigan y se destruya la mística sexual. Por otro lado, muchos varones están muy orgullosos que sus hijos tomen el pecho, y apoyan a sus esposas en este esfuerzo (Lawrence; 1996).

Causas para la declinación en la práctica de la Lactancia Materna (Santisteban; 2001)

Se han identificado algunas causas para la declinación en la práctica adecuada de la lactancia materna:

1. Mayor acceso y uso de los servicios de salud modernos.
2. La comercialización de sucedáneos de la leche materna de la industria lácteos.
3. El mito que la madre que trabaja no puede lactar.
4. La continuación de creencias tradicionales sobre la práctica de la lactancia materna.
5. La falta de educación a las madres sobre las técnicas de lactancia materna y como asegurar que tengan suficiente leche.

6. Falta de enseñanza actualizada sobre lactancia materna en las facultades de medicina, enfermería y obstetricias.

7. Falta de capacitación al personal de salud.

Razones referidas por las madres que abandonan la Lactancia Materna

Exclusiva

La exclusividad de la lactancia materna es un concepto nuevo: la gran mayoría de madres piensan que es necesario dar agua a los bebés desde los primeros días y semanas de vida. Según estudios los principales factores que inciden en el uso de agua en los bebés son los siguientes:

Percepción de que los bebés tienen sed.

Para evitar o aliviar los cólicos o gases en el bebé.

Para evitar o aliviar estreñimiento en el bebé.

Otras razones referidas por las madres incluyen:

- “por la deshidratación”
- “para la digestión”
- “fue recomendado”
- “calor del verano”
- “para acompañar medicinas”
- bebé inquieto
- madre con poca leche
- “para que el bebé duerma tranquilo”
- “para prevenir alergias”
- “porque otras madres dan agua”
- “para que el bebé descanse de la leche materna”
- “para que funcionen los riñones”
- porque la madre está resfriada
- “porque los bebés siempre necesitan agua”
- cuando la madre está lavando con agua fría
- cuando la madre está con cólera
- cuando la madre come condimentos y otros.

La única razón mencionada que es aceptable es por deshidratación, que ocurre sólo por diarreas o vómitos, por lo que está indicado rehidratación oral. En

cambio las pérdidas de agua por sudoración y respiración son reemplazadas por la misma leche materna y no necesitan agua extra (*Santisteban; 2001*).

Falsas contraindicaciones para la Lactancia Materna (*Díaz-Gómez; 2004*)

Problemas de salud de la madre

Infecciones agudas comunes. Suspender la lactancia materna cuando la madre presenta algún proceso infeccioso común, como un resfriado, una amigdalitis o una diarrea, no solo no está indicado, sino que es contraproducente. Hay que tener en cuenta que los gérmenes causantes de estas infecciones no se transmiten por la leche materna. Cuando la madre se encuentra en período sintomático ha formado anticuerpos que le puede transmitir a su hijo a través de la leche, protegiéndolo ante la infección o disminuyendo los síntomas. En estos casos se debe continuar con la alimentación al pecho.

Hepatitis A. La principal vía de transmisión del virus de la hepatitis A es la fecal-oral, produciéndose el contagio por contacto directo o a través de agua o alimentos contaminados. La transmisión vertical es rara. Si la madre sufre una infección por este virus en el último trimestre de embarazo o durante la lactancia, puede continuar con la alimentación al pecho.

Hepatitis B. Aunque se ha aislado el virus de la hepatitis B en la leche materna, el riesgo de transmisión de esta enfermedad a través de la leche es muy bajo. La administración de inmunoglobulina anti-hepatitis B y la primera dosis de la vacuna antes de las 24 horas de vida, permite que la madre infectada por el virus de hepatitis B pueda amamantar al niño sin riesgos.

Mastitis. La mastitis no solo no contraindica la lactancia materna, sino que el cuadro mejora dando con frecuencia el pecho afectado.

Otras enfermedades infecciosas en las cuales no se contraindica la lactancia.

Otras enfermedades infecciosas que son compatibles con la alimentación al pecho incluyen: la rubéola, la parotiditis, la salmonelosis, el paludismo y la toxoplasmosis. Se ha aislado el virus de la rubéola y el virus de la parotiditis en la leche materna, pero su transmisión por esa vía es rara.

Si el lactante contrae la enfermedad, los anticuerpos contenidos en la leche materna mejoran su evolución. Para prevenir el contagio, en lactantes mayores de 6 meses se puede administrar la vacuna triple vírica en las 72 horas siguientes al contacto. Los niños vacunados antes de los 12 meses deben recibir otras dos dosis de triple vírica, a los 12-15 meses y a los 3-6 años.

La salmonelosis, el paludismo y la toxoplasmosis no se transmiten por la leche materna.

Otras situaciones maternas que no contraindican la lactancia.

Pezón plano o invertido. Ni el pezón plano (no sobresale al estimularlo) ni el pezón invertido (se retrae al apretar la aréola) impiden la alimentación al pecho.

Piercing en el pezón. La perforación del pezón no contraindica la lactancia. LA madre se debe quitar las joyas antes de ofrecer el pecho.

Reanudación de la menstruación y embarazo. Estas situaciones no obligan a suspender la lactancia. Si la madre lo desea, después del parto puede alimentar a sus dos hijos, dando prioridad al recién nacido, al que le ofrecerá primero el pecho.

Implante mamario de silicona. No se ha comprobado ningún efecto adverso relacionado con la lactancia en mujeres que llevan un implante de silicona ni en sus hijos, por lo que se puede recomendar la alimentación al pecho en estos casos, sin que sea necesario extraer los implantes.

Problemas de salud del niño

Diarreas. La alimentación al pecho cuando el niño sufre un episodio de diarrea aguda, no solo no está contraindicada, sino que además es beneficiosa, ya que la digestión y absorción de los nutrientes contenidos en la leche materna es mejor que la de otros alimentos y aporta factores de defensa y otros factores bioactivos que contribuyen a la recuperación de la mucosa intestinal.

Creencias a nivel cognitivo

En el centro de la teoría de Bandura está la idea del determinismo recíproco (Schunk, 1991). Como su nombre indica, el determinismo recíproco

sugiere que el aprendizaje es el resultado de variables que interactúan. Estas son: los factores personales, conductuales y ambientales. Los factores personales incluyen las creencias y actitudes que afectan al aprendizaje, sobre todo en relación con los estímulos conductuales y ambientales. Los factores conductuales incluyen la relación que tiene la persona en una determinada situación. Los factores ambientales implican el papel que desempeñan los padres, la pareja y los iguales.

La idea del determinismo recíproco sugiere que los factores personales, como las opiniones sobre uno mismo, afectan al comportamiento y a la interpretación de las claves del entorno. Una forma en que los factores personales están relacionados con el comportamiento y las claves de entorno es a través de respuestas mediatas es decir, cómo se interpretan cognitivamente los hechos antes de la respuesta.

Según Bandura (1982), el aprendizaje ocurre de dos formas. La primera, -el aprendizaje enactivo- se produce cuando una persona aprende a hacer algo haciéndolo. Bandura ha definido que los logros enactivos son la forma más importante de aprendizaje porque proporcionan una retroalimentación directa sobre la propia realización. El segundo tipo de aprendizaje -el aprendizaje vicario- ocurre cuando uno aprende a hacer algo observando a otro o conversando con él. (*Bruning et al.; 2005*).

Aspectos psicológicos de la lactancia materna

Para que la madre amamante y críe a su hijo satisfactoriamente es necesario que establezca un vínculo de amor madre-hijo, que se comienza a gestar antes del nacimiento y se refuerza mucho en los primeros dos o tres meses de vida postnatal. Este vínculo no solo favorece a la lactancia materna, sino que influye decisivamente en las formas en que la relación madre-hijo va a desarrollarse en el futuro. A su vez la lactancia materna refuerza la relación madre-hijo (*OPS; 1993*).

El vínculo entre madre e hijo es el más fuerte de los vínculos humanos, si consideramos dos hechos principales: el crecimiento del bebé comienza

dentro del cuerpo de la madre, y la supervivencia después del nacimiento depende de sus cuidados (*Lawrence; 1996*).

El apego o *Imprinting* o *Bonding*, como se menciona en inglés, fue detectado científicamente por psicólogos experimentales, hace más de seis décadas. Ellos observaron que cuando se apartaba al cordero recién nacido de su madre inmediatamente después del alumbramiento por algunas horas, ésta no lo reconocía como hijo propio cuando le era devuelto. Más aún, se negaba a amamantarlo y hasta le podía agredir. Pero si no se interferían las primeras seis horas de vida del corderito junto a su madre y luego se les separaba, cuando éste retornaba al alero de su madre, ésta lo acogía, cuidaba y amamantaba con normalidad. Algo muy importante en relación al apego, ocurría en las primeras horas de vida del corderito junto a su madre, lo que determinaba las conductas posteriores. Estas horas iniciales fueron denominadas período sensitivo. El período sensitivo fue ratificado en todos los mamíferos estudiados. Dicho período, también lo encontramos en nuestra sabiduría y cultura popular. Es reconocido el hecho de que en nuestros campos, no se "molesta" durante el período sensitivo a los animales domésticos o a los de crianza. (*Pinto; 2007*).

Los actuales conocimientos del desarrollo de la conducta de apego en los seres humanos indican que cuanto mayor sea la experiencia de interacción social de un bebé con determinada persona, mayor será su apego hacia ella. En la mayoría de los bebés, la conducta de apego en relación con una figura preferida se desarrolla durante el primer año de vida. Una vez que el niño se siente fuertemente apegado a una figura en particular, suele preferirla a todas las demás, y esa preferencia tiende a persistir a pesar de la separación (*Bowlby; 1998*).

El estudio realizado por Klause y colaboradores (1964) plantea la importancia que tienen los primeros minutos postparto en el desarrollo del apego materno. En los primeros minutos y horas de vida hay un período sensible que es necesario que la madre y el padre estén en íntimo contacto con su neonato (*Citado en Pinto; 2007*).

El lactante humano, como cualquier otro mamífero recién nacido, reconoce a su madre de modo oral, acústico, olfativo y táctil. Se cree que el proceso de impronta en los mamíferos tiene lugar durante un breve periodo al

comienzo del desarrollo posnatal, cuando el animal busca una clave determinada de estímulo, por ejemplo objetos de una forma determinada. Al encontrar tal objeto o uno que se le parezca el animal responde con un patrón innato de conductas de apego. El proceso no requiere aprendizaje. La succión por consuelo y el desarrollo de la preferencia por el pezón son conductas determinadas genéticamente para crear la impronta del pezón materno. La madre es reconocida, al principio por las características distintivas de su pezón (olor y tacto) (Lawrence; 1996).

Schaal y Porter (1991) proponen que las bases sensoriales de la afección del niño por su madre pueden seguir unos caminos temporales diferentes según el canal sensorial que se considere; los componentes vocales pueden intervenir mucho antes que los componentes visuales. Así el niño desarrollaría primero unas reacciones preferenciales hacia algunas características maternas que le son fácilmente accesibles y progresivamente, estas preferencias iniciales precipitarían el reconocimiento de otros rasgos sensoriales de la madre. Trabajos de Engen y Lipsit (1963) han puesto de manifiesto que, desde los primeros meses de vida, el niño puede detectar estímulos olfativos variados. Macfarlane (1975) estudió algunos recién nacidos, cuyas edades estaban comprendidas entre los dos y diez días, y concluyó que el recién nacido puede, desde la primera semana posnatal, detectar unos complejos oloresos de intensidad muy débil, y que tiene preferencia por los olores corporales de su madre. Esta capacidad precoz de discriminación no se limita a estímulos adquiridos durante este momento privilegiado que es la mamada, sino que se generaliza a otros estímulos, como por ejemplo el olor del cuello. Finalmente, la identificación olfativa que de la madre hace el recién nacido podría verse facilitada por una especialización olfatoemisora, cuyo funcionamiento coincidiría con el periodo en el que el niño mama (Citado en Bracamonte Cabrera; 2006).

El apego es un vínculo emocional recíproco y perdurable entre el bebé y su cuidador, cada uno de los cuales atribuye a la calidad de esta relación. Para los bebés, los apegos poseen un papel adaptativo que garantiza que sus necesidades psicosociales y físicas serán satisfechas. Según ha señalado Mary Ainsworth (1969) prácticamente cualquier actividad del bebé que genera una respuesta en un adulto puede corresponder a un comportamiento que

tiende al apego: la succión, el llanto, la sonrisa, el aferrarse o mirar los ojos del cuidador. Incluso a las ocho semanas de vida, los bebés dirigen algunos de estos comportamientos más hacia sus madres que a otra persona. Estas propuestas tienen éxito cuando la madre responde cálidamente, expresa su gusto y ofrece al bebé un contacto físico frecuente y la libertad para explorar.

Tanto las madres como los bebés contribuyen a la seguridad del apego con su personalidad y comportamiento y con la forma como responden entre sí. Según Ainsworth, el bebé con base en las interacciones con su madre, “construye un modelo de trabajo” de lo que puede esperar de ella. Los diversos patrones de apego emocional corresponden a las distintas representaciones cognitivas que dan como resultado diferentes expectativas. Mientras la madre continua actuando del mismo modo, el modelo se sostiene. Si su comportamiento cambia (en forma constante) el bebé puede revisar el modelo y la seguridad del apego pueden variar.

Bowlby (1998) considera que la conducta de apego tiene lugar cuando se activan determinados sistemas de conducta, y tales sistemas se desarrollan en el bebé como resultado de su interacción con el ambiente de adaptación evolutiva y, en especial, con la principal figura de ese ambiente, la madre. El autor postula que en determinada etapa del desarrollo de los sistemas de conducta responsables del apego, la proximidad de la madre se convierte en una meta prefijada.

Existen conductas en el bebé responsables del apego tales como el llanto, el balbuceo, sonreír, aferrarse y la succión, pero Bowlby también distingue conductas de la madre como la atención, el cuidado y el contacto físico que ayudan a la formación del vínculo. El autor describe algunas conductas de la madre como poner de frente al bebé, de este modo le da oportunidad de que éste la mire. Al mecerlo en brazos, en posición vientre con vientre, suele provocar reacciones reflejas que no solo le orientan con mayor precisión hacia ella, sino que también le dan la oportunidad de utilizar boca, pies y manos para aferrarse. Y cuanto más experimenten el uno con el otro en este tipo de interacción, más fuertes serán las reacciones relevantes de ambos. De esta manera recíproca empieza la temprana interacción ente madre e hijo.

Mientras es amamantado, el recién nacido, con los ojos abiertos y atento, suele fijar la vista en la cara de la madre. Esto no sorprende teniendo en cuenta que, durante las primeras semanas de vida, el bebé sólo puede enfocar con claridad los objetos situados a no menos de unos veinte centímetros de sus ojos. Se ha comprobado que la cara de una madre alimentando al bebé está en la posición ideal para que éste fije su mirada en ella y la siga con la vista. De este modo hacia las catorce semanas hay una clara preferencia por mirar la cara de la madre antes que las de otras personas. Esta conducta del bebé se denomina *reacción temprana de orientación* (Bowlby; 1998).

Otras reacciones tempranas descritas por el escritor son la *succión* y la *rotación de cabeza*.

Cuando se refiere a la *succión*, indica que durante los primeros días de vida puede aumentar o disminuir la energía con que el bebé succiona y que el factor comida es de gran importancia ya que el bebé succionará con mayor fuerza un objeto si este le suministra alimento. Sin embargo la comida no es el único factor que incrementa la succión. También tiene importancia la forma del objeto que se succiona, cuando la forma es la tradicional el bebé la succiona inmediatamente y cada vez más, incluso cuando no se produce ingestión de alimentos. En condiciones naturales, una de las consecuencias primordiales de la succión y de agarrarse al pezón es que el bebé se mantiene en contacto muy estrecho con la madre promoviendo de este modo el apego.

La *reacción temprana de orientación de cabeza* se desarrolla aproximadamente luego de la cuarta vez que el bebé es amamantado, en este momento se establece una pauta de conducta en la que el bebé empieza a orientarse hacia el pecho o biberón anticipando el contacto de su cara y boca con éstos. Como el acto dirigido de rotar la cabeza se provoca con suma facilidad cuando el bebé está hambriento y suele hacer que éste acerque la boca al pezón, es evidente que se trata de una parte esencial de la alimentación y por otra parte este movimiento de cabeza hace que el bebé se oriente hacia la madre aun cuando ésta no lo esté alimentando (Bowlby; 1998).

Las conductas descritas anteriormente intervienen en el desarrollo de la conducta de apego entre la madre y su bebé y se considera de vital importancia el desarrollo de dicha conducta ya que ésta persiste durante toda la vida.

El modelo de trabajo del apego de un bebé se relaciona con el concepto de la confianza básica de Erikson. El apego seguro evoluciona a partir de la confianza, el apego inseguro refleja la desconfianza. Los bebés con apego seguro han aprendido a confiar no solo en sus cuidadores sino en su propia capacidad para obtener lo que necesitan (*Bracamonte-Cabrera; 2006*).

Según Erikson (1950), las experiencias iniciales son la clave. La primera de las ocho crisis o etapas críticas del desarrollo, identificadas por este autor corresponde a la Confianza básica frente a la desconfianza básica. Esta etapa comienza en las primeras semanas y se prolonga hasta aproximadamente los 18 meses. Durante este periodo, los bebés desarrollan un discernimiento de qué tan confiables son las personas y los objetos de su mundo. Ellos necesitan desarrollar un equilibrio entre la confianza, que les permita entablar relaciones estrechas, y la desconfianza, que les permita protegerse a si mismos. El elemento crítico en el desarrollo de la confianza es un cuidado afectuoso, dedicado y constante. Erikson consideró el momento de la alimentación como el escenario para establecer la mezcla correcta de confianza y desconfianza. La confianza permite al bebé dejar que su madre salga de su vida, y contar que será alimentado cuando sienta hambre, porque se ha convertido en una certidumbre interior y en algo exterior de carácter predecible (citado en Papalia et al.; 2001).

Metodología

Tipo de Diseño

El presente trabajo consiste en un estudio tipo Transversal Retrospectivo Simple <<Ex Post Facto>>, con el propósito de describir y relacionar las creencias maternas en relación a la conducta de amamantar.

Muestra

La población está conformada por 50 madres y sus hijos de 6 o más meses de vida. Las madres pueden ser tanto primíparas como multíparas. Y sus hijos deben ser nacidos a término.

El procedimiento del muestreo fue de tipo accidental ya que se entrevistaron a 50 madres que concurrieron al Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología (UNC), durante el período comprendido entre los meses de mayo y junio de 2009.

Procedimientos

Se entrevistaron a las madres con sus niños, que asistieron a los consultorios de control del niño en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología (UNC), durante los meses de mayo y junio de 2009, por la mañana; en el horario de 8:30 a 12 horas.

La entrevista se realizó en la sala de espera de dichos consultorios; fue administrada en primer lugar para establecer un contacto cara a cara con la madre, para lograr un ambiente de confianza y un mayor acercamiento.

Instrumento

Entrevista Estructurada, de preguntas mixtas: Estructurada, ya que las preguntas se formulan exactamente como están propuestas en el formulario, sin ningún cambio en el orden ni en las palabras utilizadas. Las respuestas se anotan textualmente. Y de preguntas mixtas porque es una combinación de preguntas abiertas y cerradas. Éstas son las respuestas que se hayan limitadas a alternativas ya fijadas. Y son abiertas aquellas respuestas hechas con completa libertad con las que se pretende acercarse al conocimiento de la problemática sin contar con suficientes elementos previos (Sabulsky; 1996-1998).

El objetivo de la entrevista es relevar datos concernientes al nivel de instrucción de las madres con respecto a la variable conducta de amamantamiento y sus indicadores, como el contexto en donde amamantan al niño, frecuencia, tipos, inicio y duración de la lactancia materna, etc.

La Entrevista abarca los siguientes temas:

- Datos personales.
- Indicadores de la conducta de amamantamiento (Lawrence, 1996; Torresani, 2001).
- Factores relacionados con la conducta materna que determinan el éxito o fracaso de la lactancia (OPS, 1994; Akre, 1992; Stone Neuhouser, 1998; Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As., 1996; La Leche League International, 2003; Lawrence, 1996; Papalia et al., 2001; Maldonado, 2000; OMS/UNICEF, 1993; Gomez Papí, 2004; Barrera, 1997).
- Condicionantes de salud materna que pueden incidir en la lactancia (Akre, 1992; Stone Neuhouser, 1998).
- Consumo de drogas o medicamentos que pueden interferir en la lactancia (Torresani, 2001; Akre, 1992; Mennella & Beauchamp, 1998).
- Indicadores de creencias sobre lactancia materna (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de pediatría, 2004; OMS/UNICEF, 1993).



Parte de la entrevista utilizada fue tomada de la tesis realizada por Bracamonte, Carolina y Cabrera, Laura “Implicancias de la Depresión Postparto en la Conducta de Lactancia Materna” (2006). El modelo de la Entrevista se encuentra en el Anexo de este trabajo.

RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS

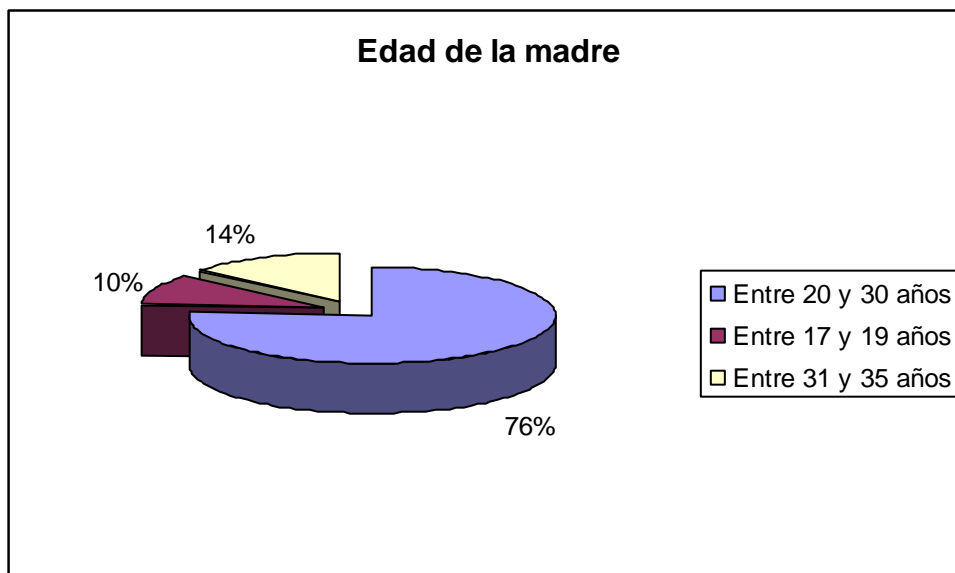
En base a la información obtenida de las entrevistas semi-estructurada administrada a las madres que concurrieron al Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, se realizó un análisis cualitativo semántico en cuatro partes, primero se realiza una descripción de los datos estadísticos sociodemográficos, en segundo lugar se verifican los indicadores de la conducta de amamantar, en tercer lugar se verifican los factores relacionados con la conducta materna que determinan el éxito o fracaso de la lactancia.

Por último y en cuarto lugar se analizan las creencias de lactancia que prevalecen en la madre para determinar si influyen en el abandono de la misma.

I. Datos estadísticos sociodemográficos

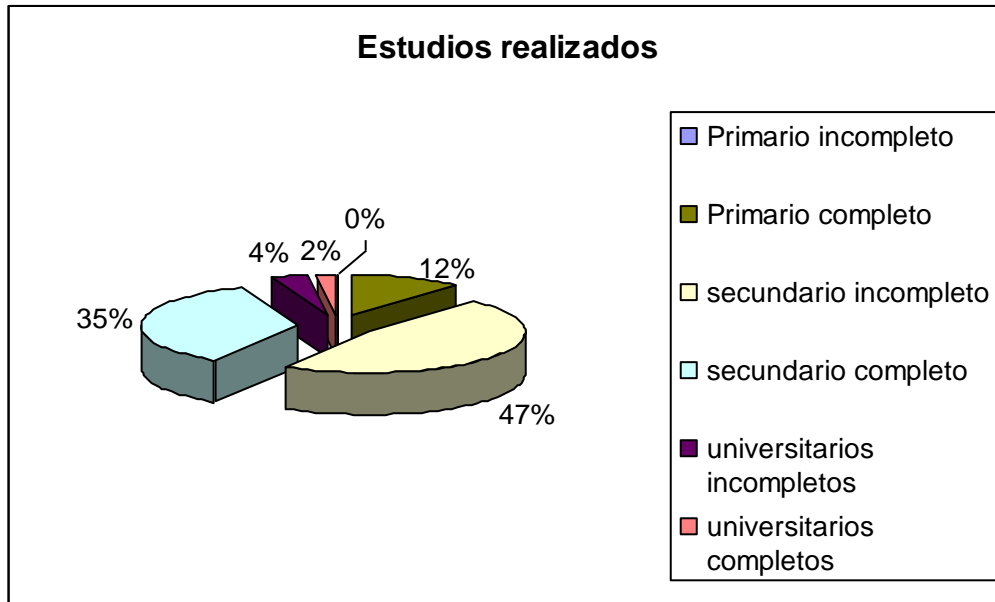
Edad de la madre

Del total de la muestra el 73% tienen entre 20 y 30 años, el 10% entre 17 y 19 años y el 14% entre 31 y 35 años.



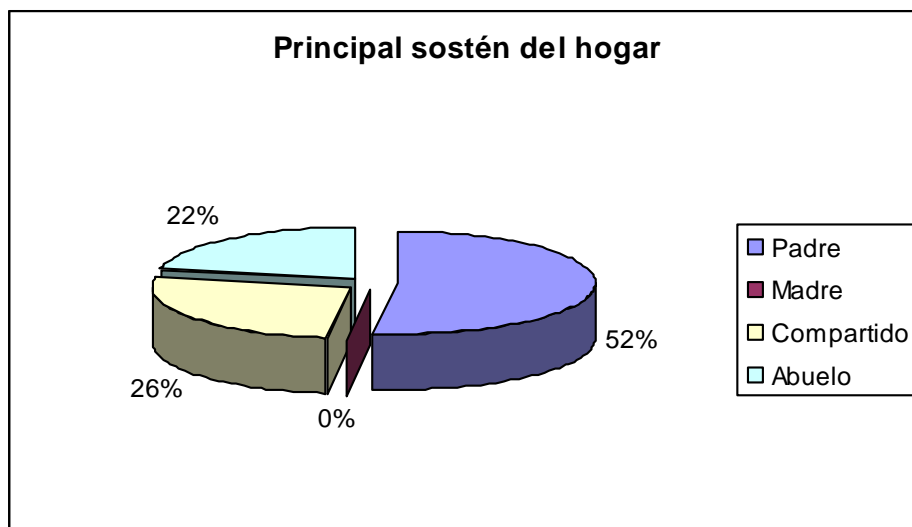
Educación formal

El 12% tiene un nivel de estudios alcanzado el primario completo, el 47% el secundario incompleto, el 35% el secundario completo, el 4% el universitario incompleto y el 2% el universitario completo.



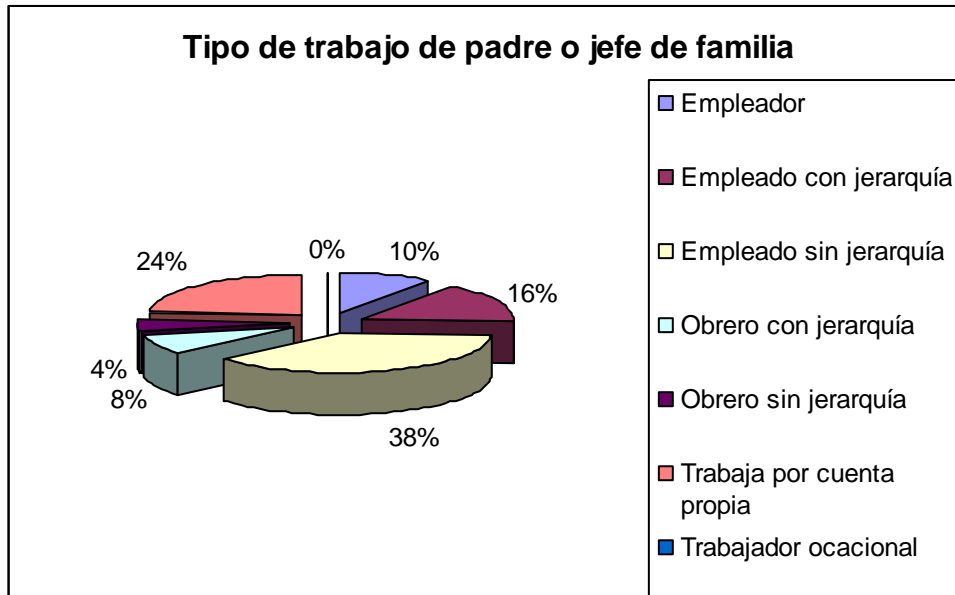
Principal sostén del hogar

Del total de la muestra el 52% tiene como principal sostén del hogar al padre, el 26% es compartido y el 22% el abuelo. A su vez el 78% del total de la muestra indica que no hay otro responsable del sustento, el 12% la madre, el 6% un hermano y el 4% el abuelo.



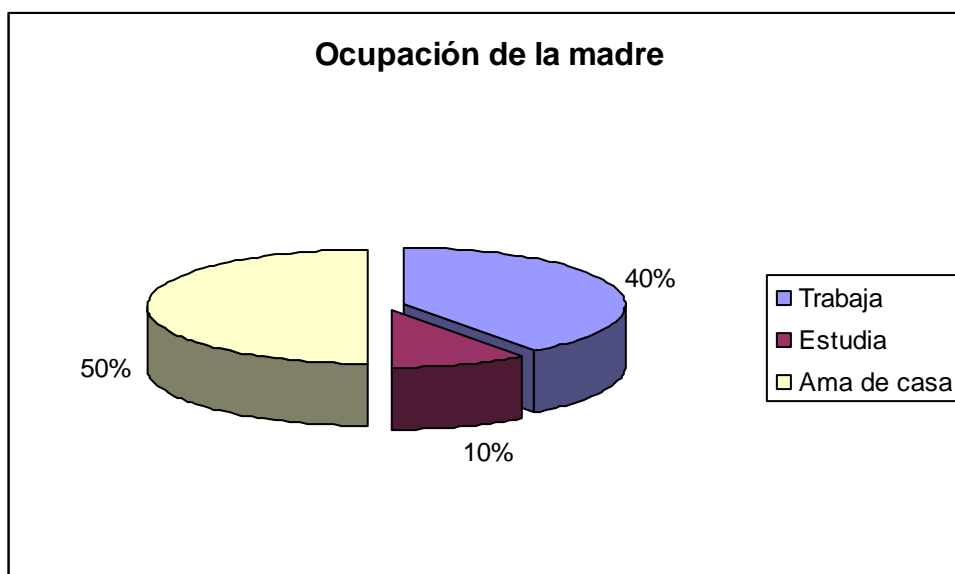
Trabajo del padre o jefe de familia

El 10% de la muestra admite que el trabajo del padre o jefe de familia es empleador, el 16% empleado con jerarquía, el 38% empleado sin jerarquía, el 8% obrero sin jerarquía y el 24% trabaja por cuenta propia.



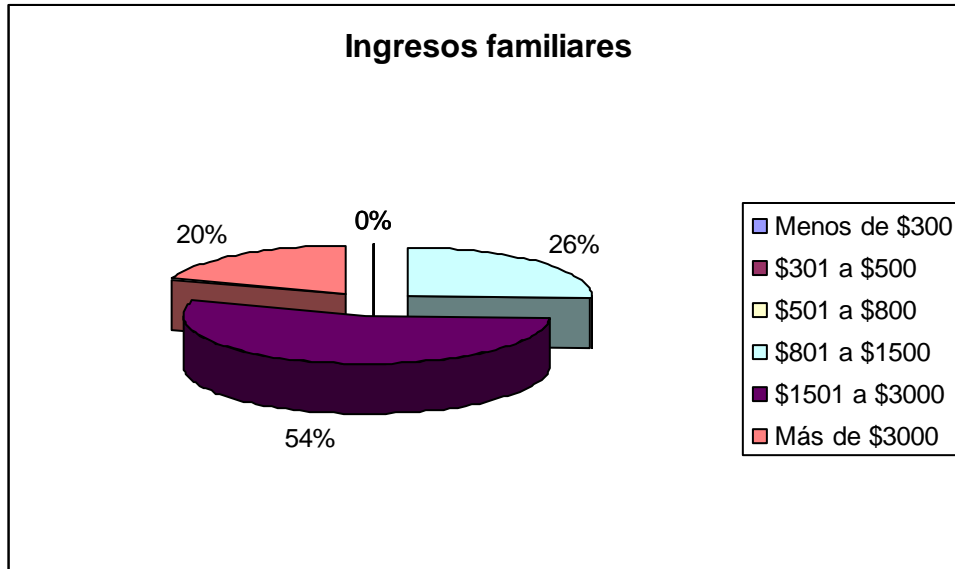
Ocupación de la madre

Del total de la muestra el 50% es ama de casa, el 40% trabaja y el 10% es estudiante.



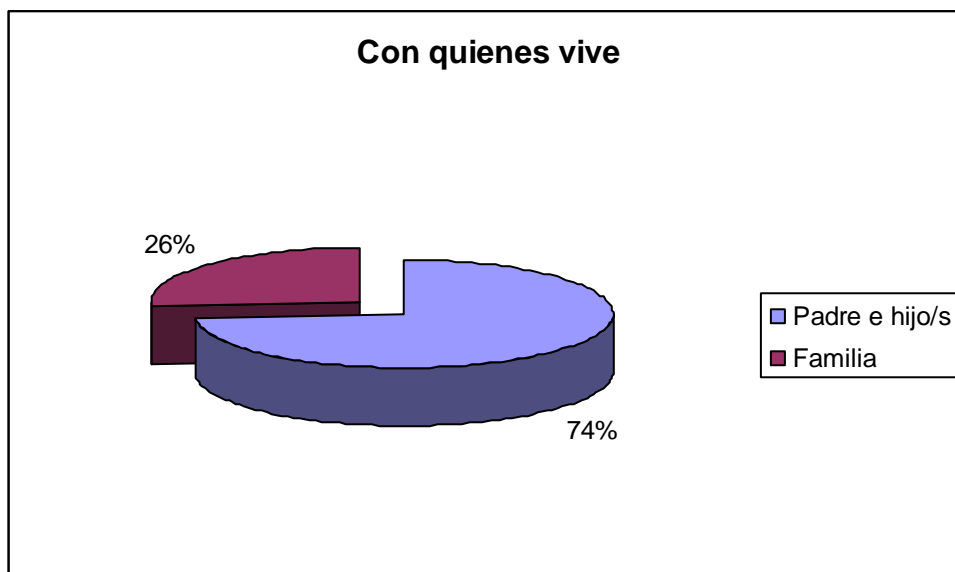
Ingresos familiares

El 26% del total de las entrevistadas admite tener ingresos familiares entre \$801 y \$1500, el 54% entre \$1501 y \$3000 y el 20% más de \$3000.



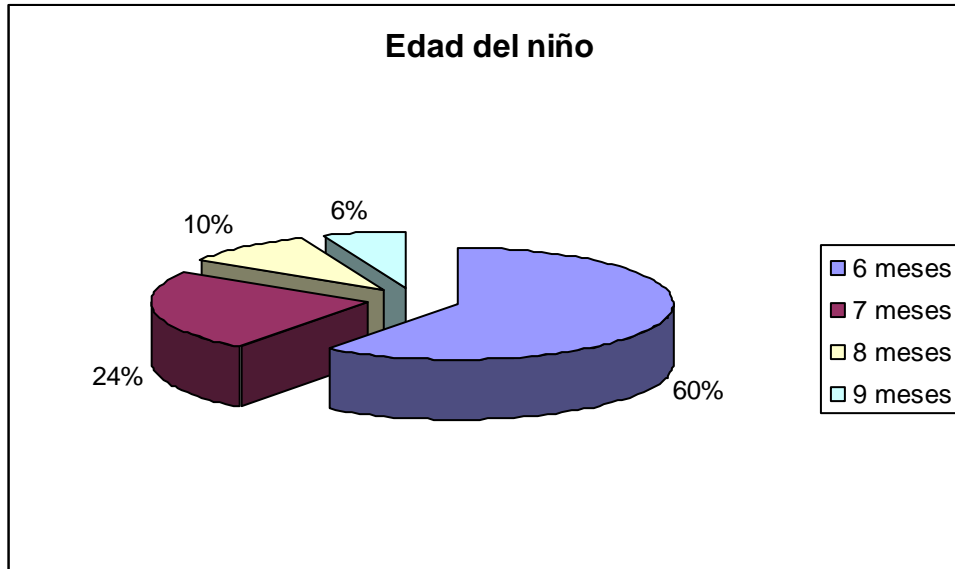
Con quien/es vive

El 74% de las madres entrevistadas indica que vive con el padre del niño que trae a control e hijo/s y el 26% vive con su familia.



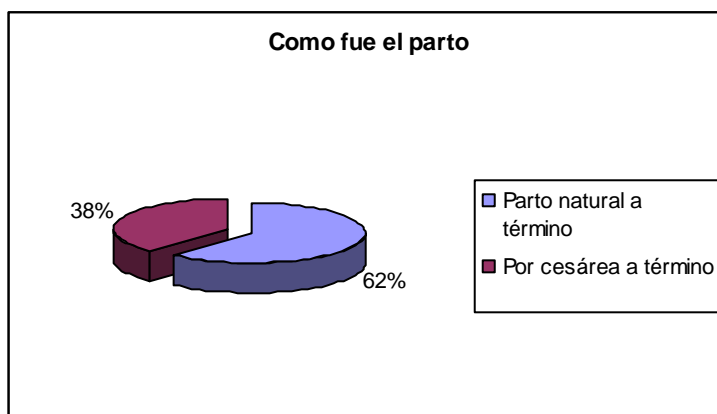
Edad del niño

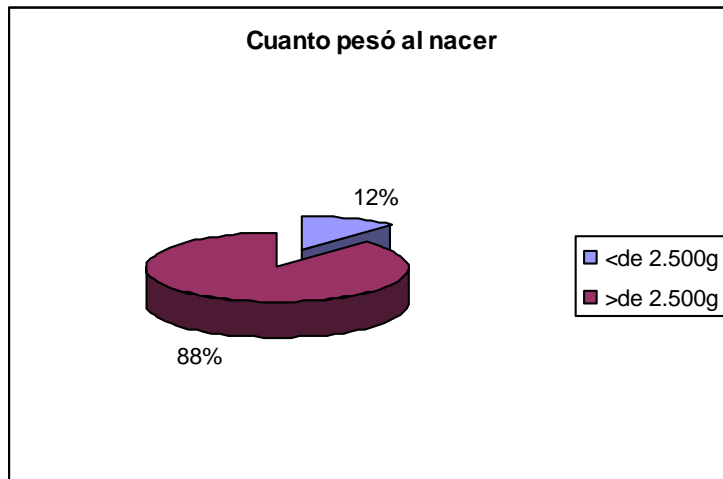
Del total de la muestra el 60% de los niños tiene 6 meses, el 24% 7 meses, el 10% 8 meses y el 6% 9 meses.



Como fue el parto y cuanto pesó al nacer

El 62% de las entrevistadas tuvo un parto natural y el 38% tuvo un parto por cesárea. Del total de la muestra el 88% tuvo un peso mayor a los 2.500g y el 12% un peso menor a los 2.500g.





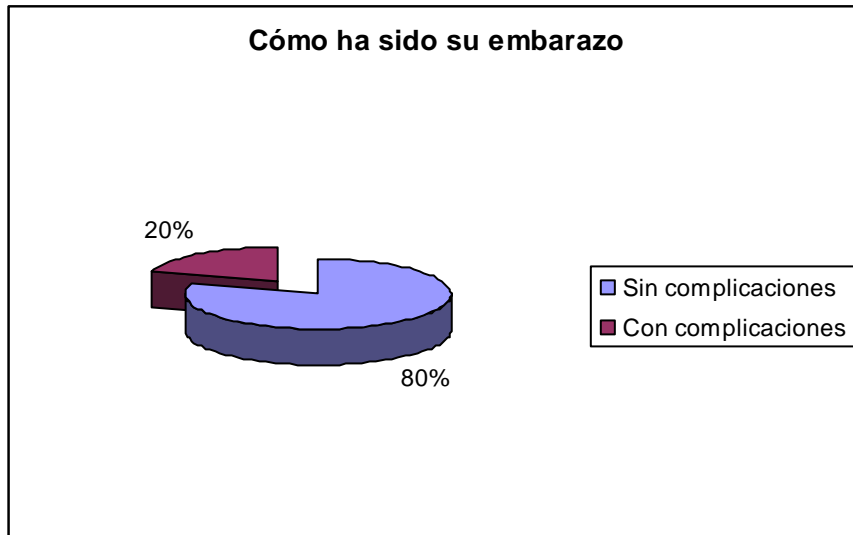
Tiene otros hijos

El 60% de las madres entrevistadas tiene otros hijos.



Complicaciones en el parto

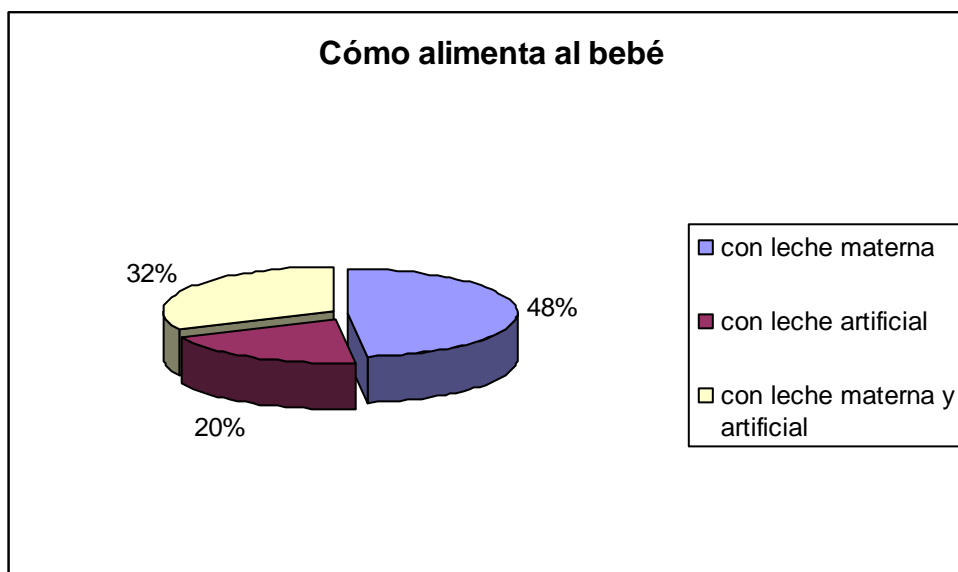
Del total de la muestra el 80% tuvo un embarazo sin complicaciones. Del restante %20 que tuvo complicaciones indicaron que fueron por pérdidas o sangrado frecuente, presión alta o contracciones prematuras.



II. Indicadores de la conducta de amamantar

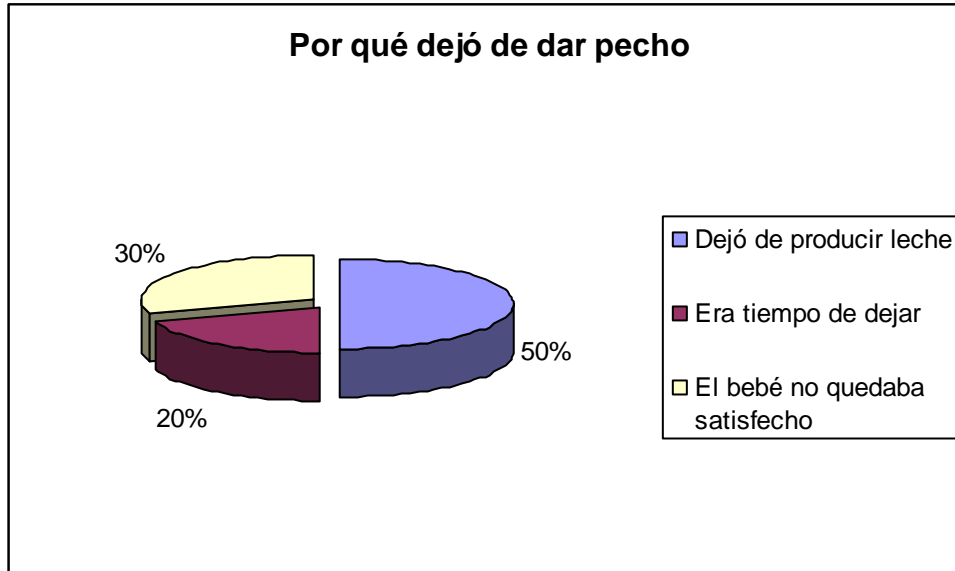
Cómo está alimentando al bebé

En relación a la conducta de alimentación actual del bebé, de la muestra total el 48% de las madres lo alimentan con leche materna, el 32% con leche materna y artificial y el 20% con leche artificial.



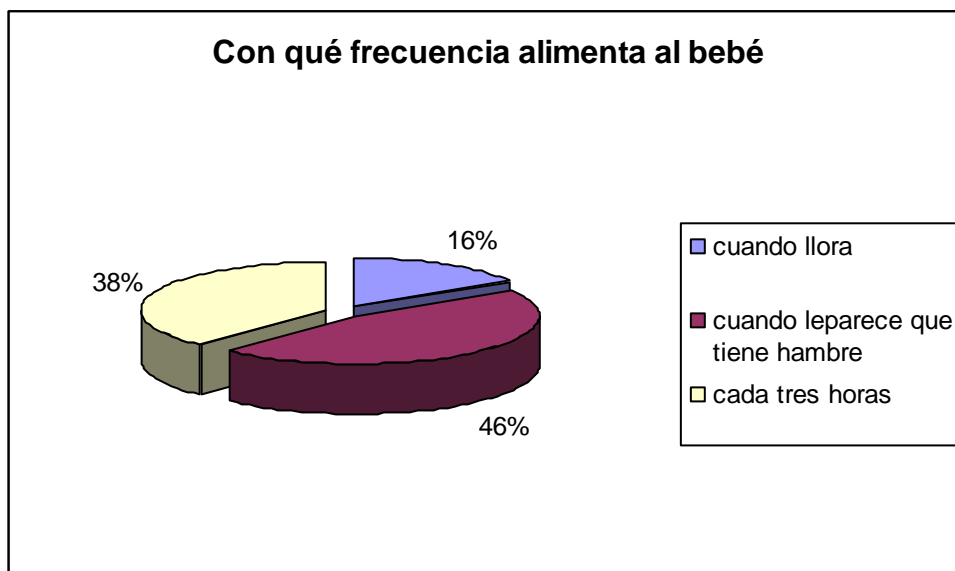
Razones por las que no amamanta al bebé

En relación a las razones brindadas por las madres que no alimentan al bebé con leche materna de la muestra total, el 50% admite que dejó de producir leche, el 30% indica que el bebé no quedaba satisfecho y el 20% porque consideraba que era tiempo de dejar la alimentación por pecho.



Con qué frecuencia alimenta al bebé

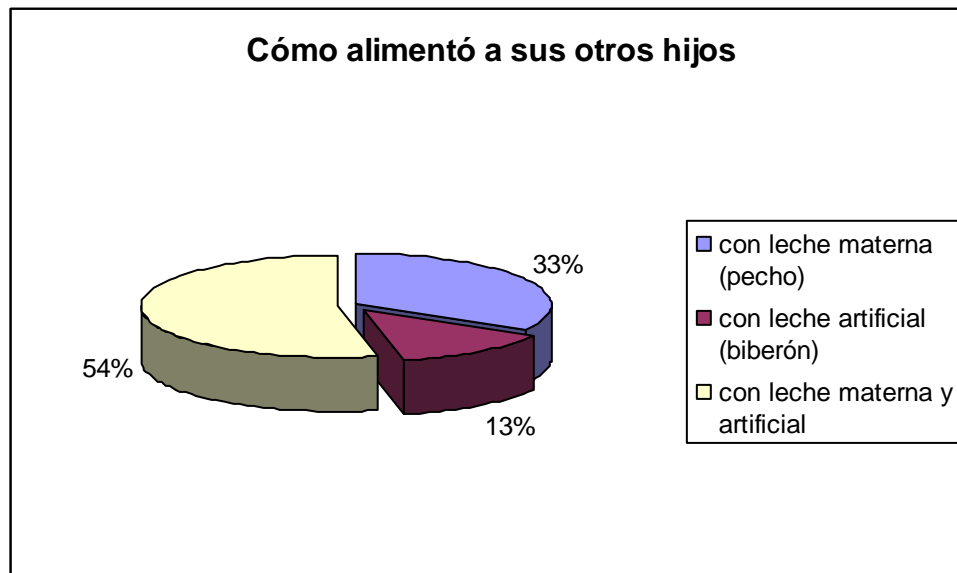
En relación a la frecuencia con que alimenta al bebé, de la muestra total el 46% de las madres lo alimenta cuando le parece que tiene hambre, el 38% cada tres horas y el 16% cuando llora.



La Academia Americana de Pediatría indica como conducta positiva para la lactancia alimentar al bebé siempre que presente signos de hambre, en el total de la muestra esta conducta está presente en el 46%.

Cómo alimentó a sus otros hijos

En relación a la conducta de alimentación de sus otros hijos de la muestra total, el 33% de las madres alimentaron a sus hijos con leche materna, el 54% con leche materna y artificial y el 13% con leche artificial.

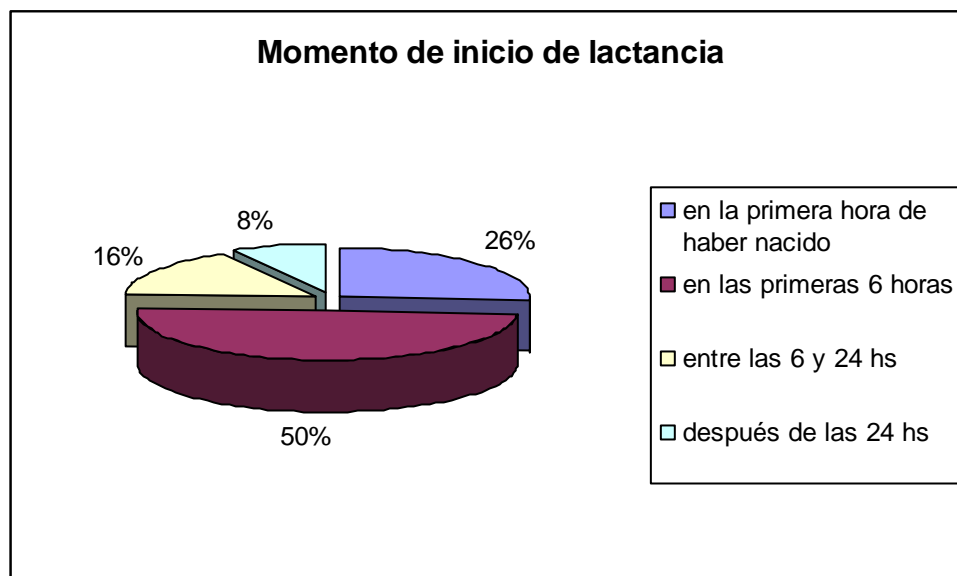


En relación a la conducta actual de alimentar al bebé que trae a control se puede observar un incremento del 15% en el total de la muestra de alimentar con leche materna y por otro lado un aumento del 7% de alimentar con leche artificial.

III. Factores relacionados con la conducta materna que determinan el éxito o fracaso de la lactancia

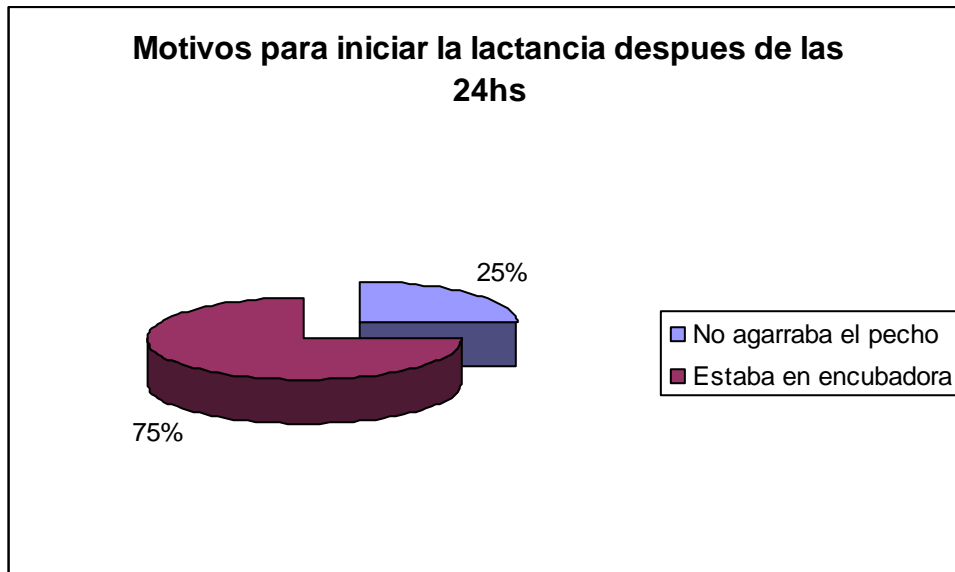
En qué momento después del parto inició la lactancia

En relación al momento de inicio de la lactancia de la muestra total, el 50% de las madres admite haber iniciado la lactancia en las primeras 6 horas, el 26% en la primera hora de haber nacido, el 16% entre las 6 y 24 horas y el 8% después de las 24 horas.



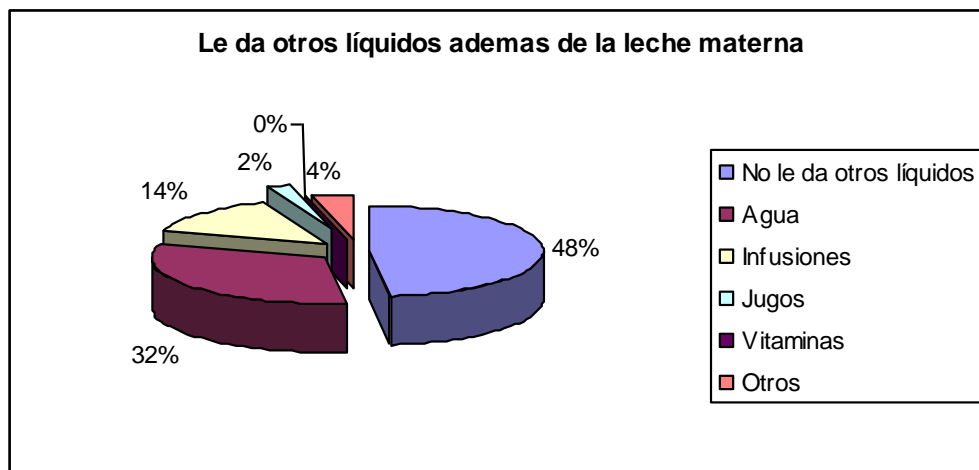
Akre (1992) indica que para tener un inicio exitoso de la lactancia se debe permitir al recién nacido amamantar dentro de la primera hora del nacimiento.

Del total de las madres que admitieron haber iniciado la lactancia después las 24 horas el 75% indica que el motivo fue porque el bebé estaba en incubadora y el 25% porque el niño no agarraba el pecho.



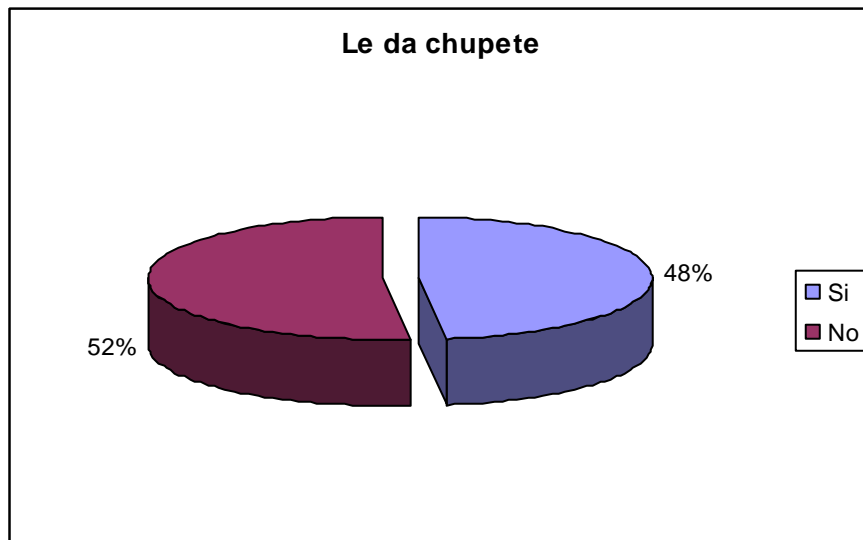
Introducción de otros líquidos y chupete en el período de lactancia

En relación a la introducción de otros líquidos de la muestra total, el 48% admite no darle otros líquidos, el 14% infusiones, el 32% agua, el 2% jugos y el 4% otros en los que nombran leche maternizada.

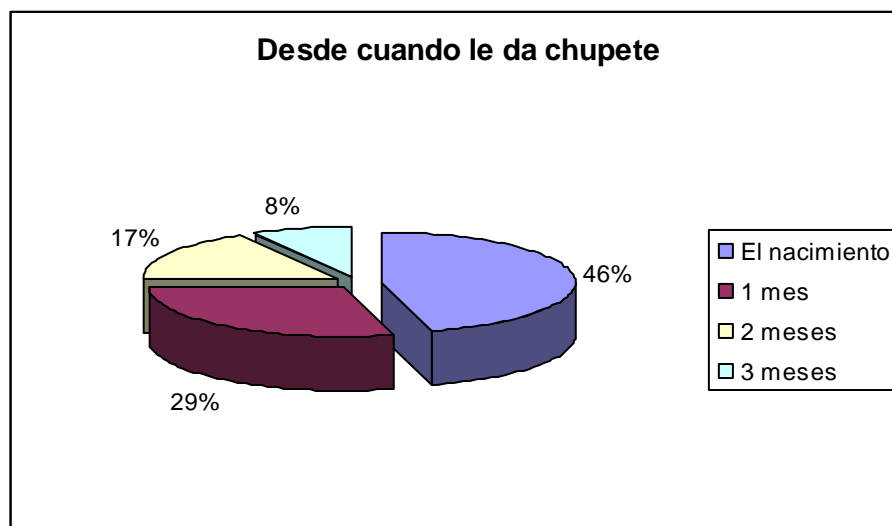


Stone Neuhouser (1998) indica que no hay necesidad de introducir agua adicional a los bebés amamantados ya que la leche proporciona todo el líquido que el bebé necesita, esta conducta se ve reflejada en el total de la muestra en el 32%.

En relación a la incorporación de chupetes o tetinas artificiales de la muestra total, el 52% indica que no le da chupete y el 48% admite dar el chupete al bebé.



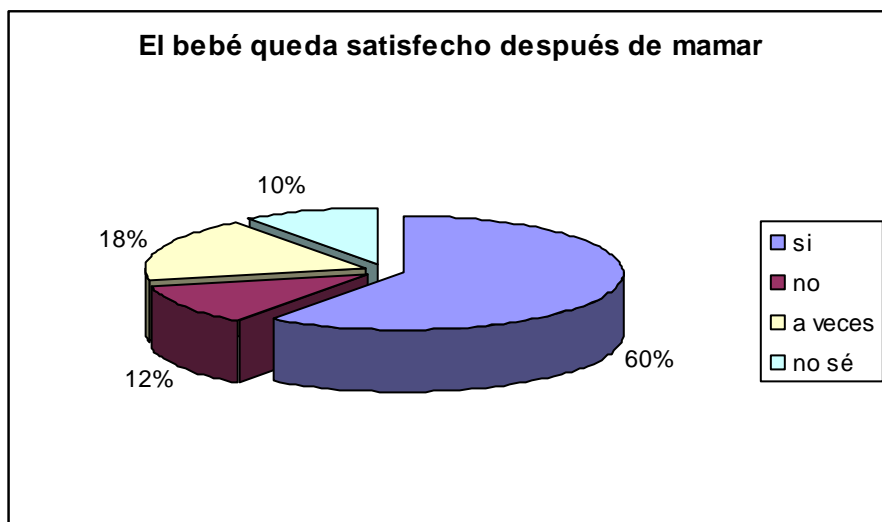
De total de las madres que admiten dar el chupete de la muestra total, el 46% da el chupete desde el nacimiento, el 29% desde el mes, el 17% desde los dos meses y el 8% desde los tres meses.



Se considera como una interferencia de la lactancia materna la introducción de tetinas o chupetes es este período, del total de la muestra esta conducta se puede observar en el 48%.

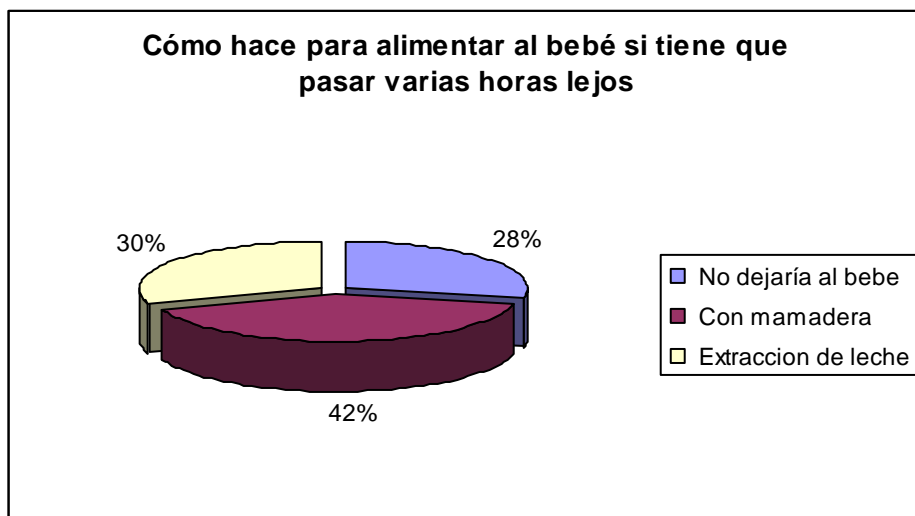
Datos de saciedad del bebé

En relación a los datos de saciedad de la muestra total, el 60% indica que el bebé queda satisfecho después de mamar, el 18% a veces, el 12% no queda satisfecho y el 10% no sabe.



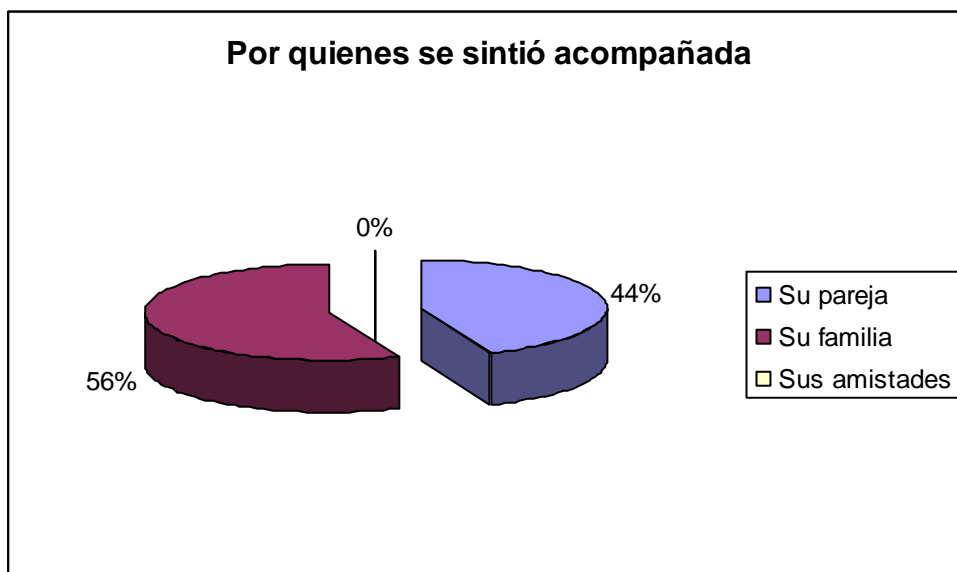
Técnica de alimentación cuando la madre pasa varias horas lejos del bebé

En relación a las técnicas utilizadas por las madres cuando tienen que pasar varias horas lejos de su bebé de la muestra total, el 42% utiliza mamadera con leche artificial, el 30% realiza la extracción de leche y el 28% admite no dejar al bebé por tanto tiempo.

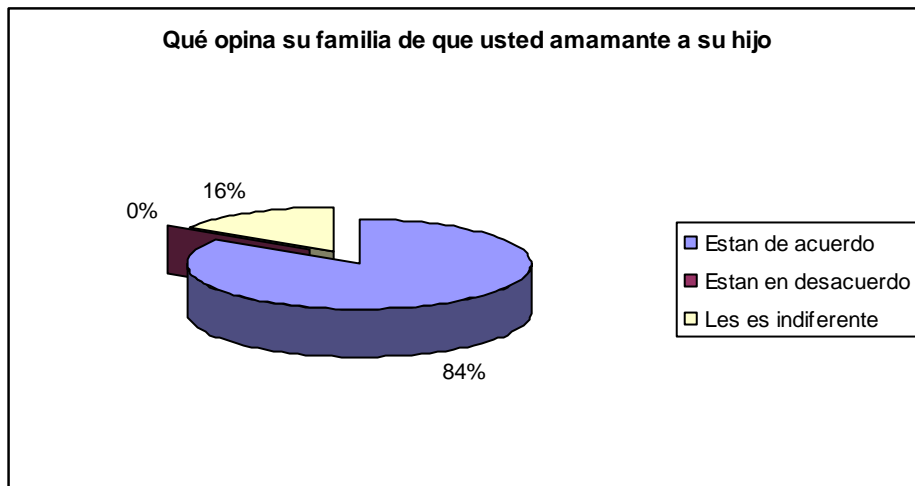


Impacto de la opinión de la familia acerca de la alimentación al seno

En relación al sentimiento de compañía que tuvo la madre durante el embarazo del total de la muestra el 100% admite haberse sentido acompañada en aquel período. De la muestra total el 44% se sintió acompañada por su pareja y el 56% por su familia.



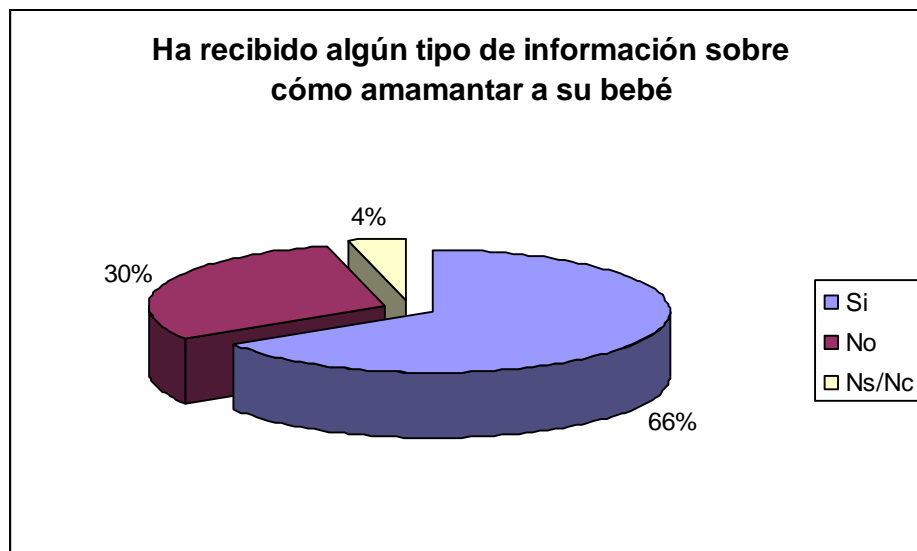
En relación a la opinión de la pareja o familia sobre la alimentación del bebé de la muestra total, el 84% admite que están de acuerdo y el 16% que les es indiferente.



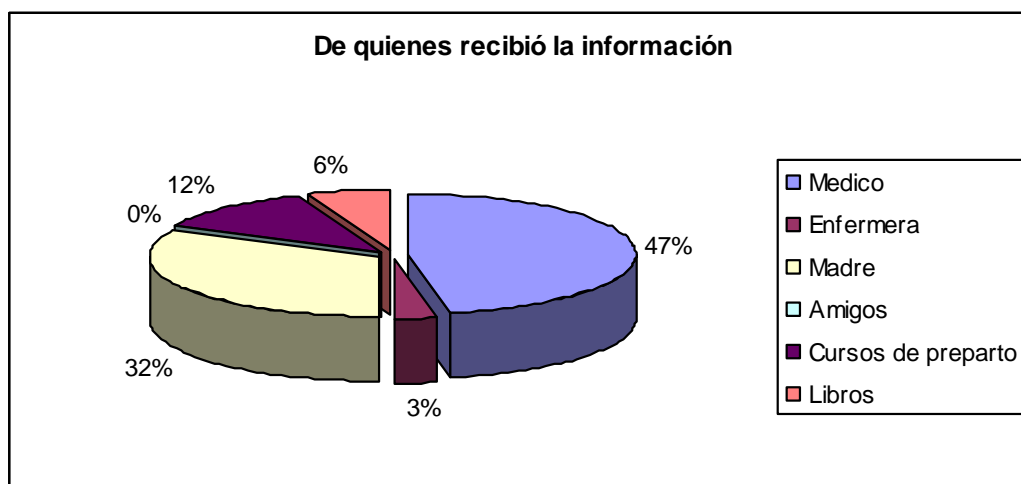
La opinión del padre y la familia sobre la lactancia materna tiene una influencia sobre las posibilidades de éxito de la conducta de amamantar en el total de la muestra se observa que el 84% están de acuerdo con que la madre amamante a su bebé.

Información de lactancia recibida por la madre durante el embarazo

En relación a la información recibida por la madre de la muestra total, el 66% admite haber recibido información sobre cómo amamantar a su bebé y el 30% no.



En relación al origen de la información recibida por la madre de la muestra total, el 47% admite haber recibido dicha información del médico, el 32% de la madre, el 12% del curso de parto, el 6% de libros y el 3% de la enfermera.



IV. Creencias de lactancia materna

Lactancia como método anticonceptivo

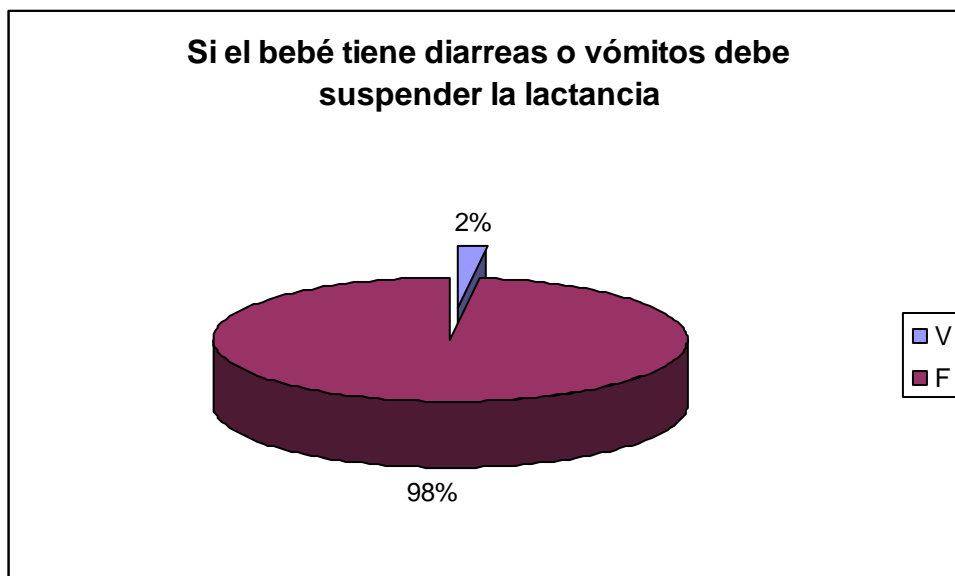
En relación a la creencia de que la lactancia materna exclusiva evita otro embarazo de la muestra total, el 64% afirma que la lactancia exclusiva no evita embarazos y el 36% indica que sí.



Esta consecuencia de la lactancia materna exclusiva es considerada en beneficio para la madre ya que la lactancia frecuente retarda el restablecimiento de la menstruación y ayuda a evitar otro embarazo. Del total de la muestra el 36% de las madres demuestra estar en conocimiento de dicho beneficio que puede influenciar de manera positiva a la conducta de amamantamiento.

Problemas de salud del niño

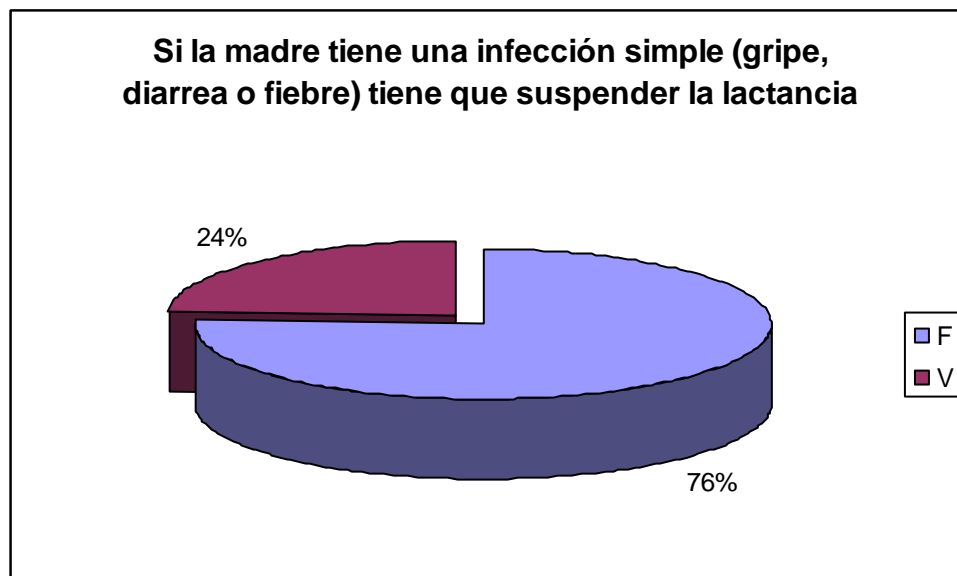
En relación a las creencias de las madres para abandonar la lactancia por problemas de salud del niño de la muestra total el 98% de las madres entrevistadas indica que no se debe suspender la lactancia cuando el bebé tiene diarreas o vómitos.



Los resultados indican que de la muestra total la mayoría de las entrevistadas no creen que se deba abandonar la lactancia cuando el bebé tiene diarrea o vómito y como se considera que la leche materna en dicha circunstancia beneficia al bebé dicha creencia influye de manera positiva a la conducta de amamantamiento.

Problemas de salud de la madre

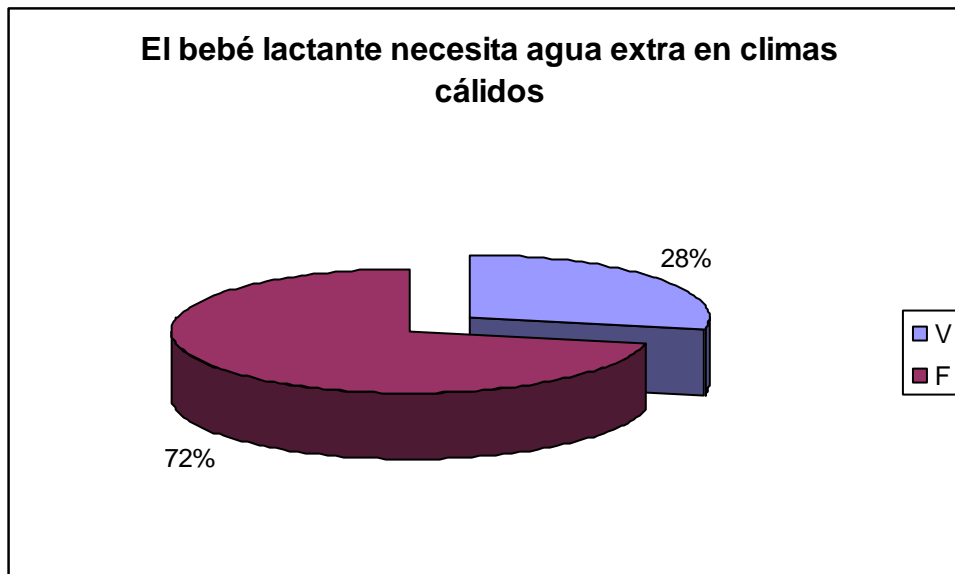
En relación a la creencia de suspender la lactancia cuando la madre tiene una infección simple de la muestra total, el 76% no considera que se deba suspender la lactancia y el 24% si.



Se considera contraproducente suspender la lactancia cuando la madre presenta algún proceso infeccioso común. Cuando la madre se encuentra en período sintomático ha formado anticuerpos que le puede transmitir a su hijo a través de la leche. Del total de la muestra el 76% de las madres no abandonarían la alimentación a pecho si presenta síntomas de infección común lo que influencia de manera positiva a la conducta de amamantamiento.

Incorporación de agua en el período de lactancia

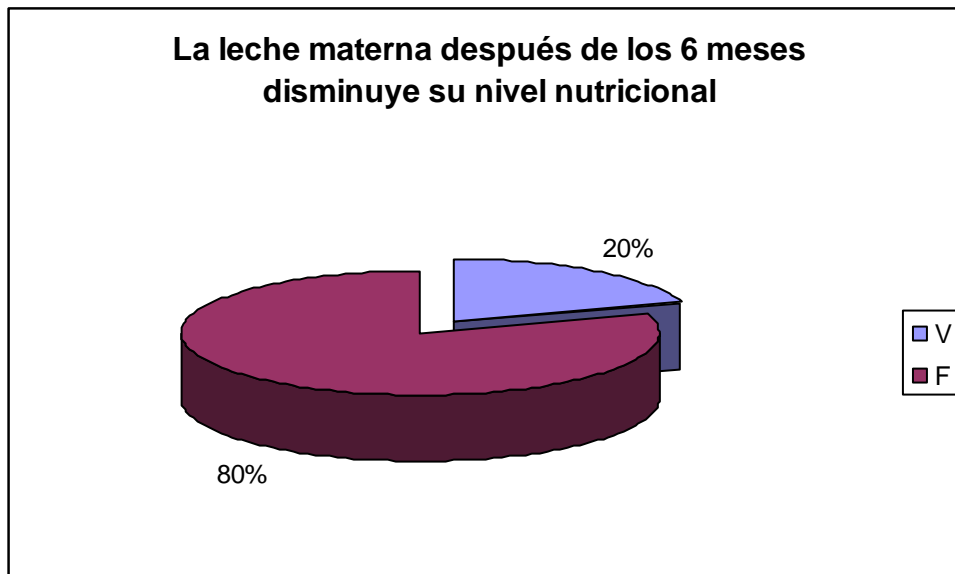
En relación a la creencia de suministrar agua al bebé lactante en climas cálidos del total de la muestra, el 72% de las entrevistadas indica que el bebé no necesita agua extra en climas cálidos y el 28% que si es necesaria.



La leche materna proporciona todo el líquido que el bebé necesita y no se considera necesaria la administración de agua extra en el período de lactancia, de la muestra total el 72% de las madres que no es necesario el suministro de agua lo que influye de manera positiva a la conducta de amamantamiento.

Nivel nutricional de la leche materna

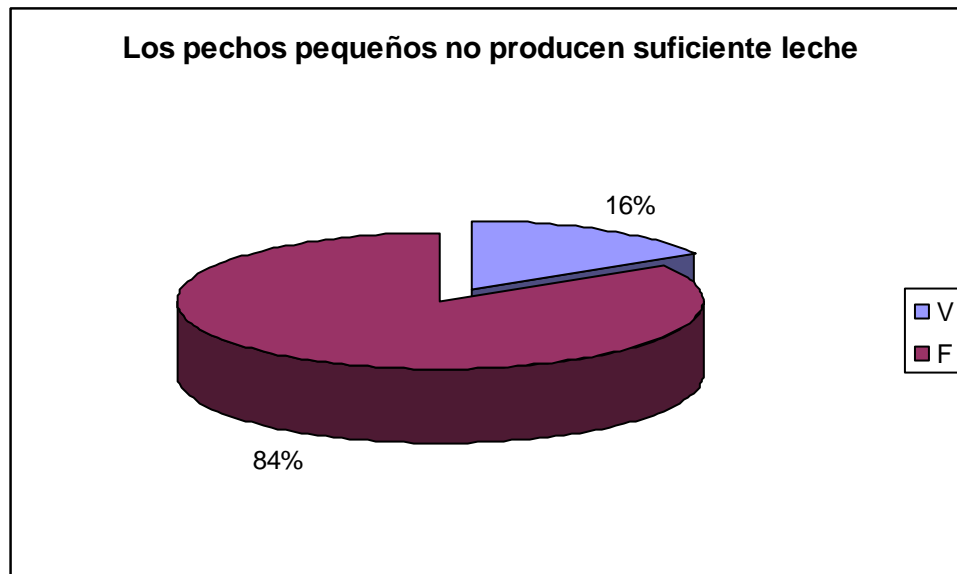
En relación a la creencia de la disminución del nivel nutricional de la leche materna después de los 6 meses de la muestra total, el 80% de las madres indican que no disminuye el nivel nutricional y el 20% admite que sí.



Se considera a la leche materna como un fluido vivo que se adapta a las necesidades del niño a medida que crece del total de la muestra el 80% de las madres afirman que la leche materna no disminuye su nivel nutricional después de los 6 meses influyendo de manera positiva la conducta de amamantamiento.

Tamaño de los pechos

En relación a la creencia de las madres sobre el tamaño de los pechos y la producción de leche de la muestra total, el 84% de las entrevistadas admite que el tamaño de los pechos no afecta a la producción de leche y el 16% indica que sí.



El tamaño o forma de la mama no interfieren en la producción de la leche lo importante es el acoplamiento correcto con la boca del niño para que la succión resulte efectiva, del total de la muestra el 84% de las madres no consideran que los pechos pequeños no produzcan suficiente leche influyendo de manera positiva la conducta de amamantamiento.

CONCLUSIONES

La información brindada a las madres sobre los beneficios de la lactancia debe ser proporcionada no sólo durante el embarazo sino en cada control postnatal para poder esclarecer todas las creencias que poseen las madres sobre la alimentación al pecho.

En relación a los datos obtenidos de la entrevista administrada a la muestra del presente trabajo se puede identificar que la creencia que presenta una mayor frecuencia y puede influir de manera negativa en la conducta de amamantar es la que indica que existe un menor riesgo de quedar embarazada durante la lactancia exclusiva. La mayoría de las madres (64%) contestó que esa afirmación no es verdadera lo que indica una falta de conocimiento de tal beneficio.

De los resultados obtenidos de las entrevistas se pueden identificar a las creencias que afectan de manera positiva la conducta de amamantamiento, de tales creencias la mayoría de las madres (98%) admite que no se debe suspender la lactancia cuando el bebé tiene diarrea y también la mayoría de la muestra (76%) indica que no se debe suspender la lactancia cuando la madre presenta una infección simple. Por otro lado gran cantidad de las entrevistadas (72%) demostraron que no es necesaria la administración de agua al bebé lactante. A su vez, un alto porcentaje de madres (84%) indicaron que los pechos pequeños sí producen suficiente leche para alimentar al bebé y que la leche mantiene su nivel nutricional después de los 6 meses.

Estas creencias que poseen las madres ayudan al establecimiento y mantenimiento de la conducta de amamantar. Y se puede relacionar con la información proporcionada por la muestra donde el 48% de las madres indica que alimenta a su bebé con lactancia exclusiva.

Con respecto al apoyo del entorno familiar, cabe destacar que la actitud de los familiares cercanos, amigos y principalmente la pareja influye sobre las posibilidades de éxito de la lactancia materna y la edad del destete. Diversos estudios muestran que una mujer cuyo marido no apoya la lactancia materna,

abandona pronto o ni siquiera empieza a amamantar (*Berra; 1997*). En esta investigación se encontró que la mayoría de las madres se han sentido acompañadas durante el embarazo, lo que lleva a la madre a sentirse más segura y tranquila en su decisión de amamantar, por lo tanto influye en la lactancia positivamente.

Con respecto a las técnicas de alimentación utilizadas por las madres de la muestra, en esta investigación se encontró que el 42% utiliza mamadera con leche artificial cuando tiene que pasar varias horas lejos de su bebé, por lo tanto esta conducta influye de manera negativa en la lactancia, teniendo en cuenta la idea de Stone Neuhouser (1998) en la que bebés que son amamantados pueden desear ser alimentados con mayor frecuencia a los que son alimentados con fórmulas debido a que la leche materna es digerida con mayor facilidad, por lo tanto la leche materna tiene un rol de reforzamiento positivo para la conducta de amamantar.

Bowlby (1998) considera que la conducta de apego tiene lugar cuando se activan determinados sistemas de conducta, y tales sistemas se desarrollan en el bebé como resultado de su interacción con el ambiente de adaptación evolutiva y, en especial, con la principal figura de ese ambiente, la madre. El autor postula que en determinada etapa del desarrollo de los sistemas de conducta responsables del apego, la proximidad de la madre se convierte en una meta prefijada. Existen conductas positivas de la lactancia materna que favorecen el contacto piel con piel y el apego de la madre con su hijo, tales como la lactancia exclusiva y a demanda. La primera en este trabajo refleja que el 48% de las madres que alimenta a sus hijos con lactancia exclusiva y el 46% lo realizan a demanda del bebé.

Consideraciones finales

En lo que refiere a la educación formal realizada por las madres la entrevista demuestra que la gran mayoría tiene el secundario incompleto, se considera de gran importancia determinar si este factor influencia al abandono de la lactancia materna.

Otro indicador obtenido en las entrevistas es el principal sostén del hogar, en este caso queda a modo de pregunta, si la madre es el principal sostén del hogar ¿cuánto afecta este factor al abandono de la lactancia materna?

Otra variable importante a considerar son los ingresos familiares, se podría pensar que las madres con bajos ingresos extienden el período de lactancia materna debido al alto costo de la leche en fórmula favoreciendo de esta manera la conducta de amamantamiento.

Los resultados obtenidos en este trabajo indican la importancia que tiene el esclarecimiento y la correcta instrucción de los aspectos que se relacionan a la lactancia materna. Se considera de suma importancia brindar información a las madres para prolongar el mayor tiempo posible el período de lactancia exclusiva. Si bien un 66% de la muestra admitió haber recibido información sobre la lactancia un 34% indicó lo contrario. Y en este porcentaje se puede incluir a las madres que le proporcionan agua durante el período de amamantamiento o a las madres que le dan mamadera cuando tienen que pasar tiempo fuera de su casa. Se podría pensar que si estas madres recibieran la información adecuada sobre la importancia para la salud de su hijo se podría ver reflejado un cambio en dichas conductas.

Otro punto importante que debe ser informado a todas las madres es la frecuencia de amamantar ya que este produce un efecto reforzador en la producción de la leche, es importante porque en este trabajo el 50% de las madres indicó que dejó de dar el pecho porque no producía más leche. Se puede inferir si las madres alimentan con mayor frecuencia a sus hijos tendrían una mayor producción de leche y esto evitaría el abandono de la lactancia. En el presente trabajo el 46% indicó que lo alimenta cuando el bebé tiene hambre pero el 54% lo hace cuando la madre considera que el llanto es indicador de hambre o cada tres horas.

También se debe relacionar este aspecto con los indicios de saciedad ya que la leche materna se digiere con mayor facilidad un 40% de las madres indicó que el bebé no queda satisfecho o no sabía si era sí. Pero si se alimenta al bebé con leche artificial los contenidos de esta generan una sensación de saciedad mayor en los bebés, lo que podría confundir a las madres y llevarlas a que alimenten a sus hijos con este método.

Sobre todos estos aspectos en donde las madres no demuestran tener una comprensión adecuada sobre la lactancia materna es donde se debe profundizar la administración de información por parte de los médicos y enfermeras.

Este trabajo serviría de base para futuros estudios a mayor escala que permitan obtener más información sobre la relación entre las creencias sobre la lactancia y la conducta de amamantamiento. A fin de elaborar recomendaciones al equipo de salud para el fomento de lactancia materna y el esclarecimiento de las creencias que puedan obstaculizar el inicio y mantenimiento de ésta.

Bibliografía

- **Akre, James (1992).** “*Alimentación infantil. Bases fisiológicas*”. OPS/OMS. INCAP.
- **Bandura, A (1982).** “*Teoría del aprendizaje social*”. Madrid: Espasa Calpe.
- **Beccar Varela, Carlos (1999).** “*El arte de amamantar a su hijo*”. Ediciones Macchi. Buenos Aires, Argentina.
- **Berra, S. (1997).** “Perfiles de lactancia desde el nacimiento hasta los dos años de vida. Factores asociados a la duración de la lactancia materna”. En *Perfiles epidemiológicos de alimentación, crecimiento y desarrollo en los dos primeros años de vida*. Pub. CLASYD. N°1. Eudecor. Córdoba, Argentina. pp: 43-53.
- **Bruning, Roher H; Schraw, Gregory J.; Norby, Monica N. & Ronning, Royce R (2005).** “*Psicología cognitiva y de la instrucción*”. 4° Edición PEARSON.
- **Bowlby, John (1998).** “*El apego y la pérdida*”. Paidós Ibérica S.A. Barcelona.
- **Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de pediatría (2004).** “*Lactancia Materna, Guía para Profesionales*”. Ergon. Madrid.
- **Díaz-Gómez, Marta N. (2004).** “*Conducta inmediata al nacimiento. Contacto precoz*”. En: Comité de Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría: Lactancia materna guía para profesionales. Ergon Madrid

- **Gómez Papí, Adolfo** (2004). “*Conducta inmediata al nacimiento. Contacto precoz*”. En: Comité de Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría: Lactancia materna guía para profesionales. Ergon Madrid.

- **La Leche League International (1998)**. “La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda...”. Adaptado de Leaven.
<http://www.lalecheleague.org/lang/releaseAAP.html>

- **Lawrence, Ruth A.** (1996). “*La lactancia materna: una guía para la profesión médica*”. 4º Edición. Ed. Mosloy/Doyma Libros SA. Madrid, España.
- **Maldonado, Martin** (2000). “Desarrollos del niño y del adolescente”. Kansas Association for Infant Mental Health.
<http://www.kaimh.org/slide/desarrollo/sld009.htm>

- **Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires** (1996). “*Manual de capacitación para promotores comunitarios: Lactancia Materna*”.
<http://www.fmed.uba.ar/mspba/manulac/manulm01.htm>

- **Organización Mundial de la Salud/ Fondo de las Naciones Unidas Para el Desarrollo de la Infancia** (1993). “*Práctica y promoción de la lactancia natural en hospitales amigos del niño: curso de dieciocho horas para el personal de maternidad*”.

- **Organización Mundial de la salud/Organización Panamericana de la Salud** (1993). “*La alimentación del niño menor de seis años en América Latina. Bases para el desarrollo de guías alimentarias*”. Fundación Cavendes- CESNI. Caracas, Venezuela.

- **Organización Panamericana de la Salud** (1994). “*Manual de crecimiento y desarrollo del niño*”. N°33. Serie Paltex. 2º edición. Washington DC, EUA.

- **Papalia, Diane E; Wendkos-Old, Shally & Duskin Feldman, Ruth** (2001). “*Desarrollo humano*”. 8° edición. Mc-Graw Interamericana S.A. Bogotá, Colombia.

- **Pinto L, Fernando**. “*Apego y lactancia natural*”. Rev. chil. pediatr. [online]. oct. 2007, vol.78 supl.1 [citado 17 Septiembre 2008], p.96-102.

- **Prendes Labrada, Marianela de la C, Vivanco del Río, Mirta, Gutierrez Gonzalez, Rita María et al**. “*Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez*”. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 1999, vol. 15, no. 4 [citado 2008-09-17], pp. 397-402.

- **Melanie M. Smith; Maureen Durkin; Veronica J. Hinton; David Bellinger y Louise Kuhn** (2003). “*Influence of Breastfeeding on Cognitive Outcomes at Age 6–8 Years: Follow-up of Very Low Birth Weight Infants*”. *Am J Epidemiol* . 2003; 158:1075-1082.

- **Santisteban. J** (2001) “*Curso de Lactancia Materna*”. Lima, Perú. EHAS.

- **Schal, Benoist & Porter, Richard H.** (1991). “*La olfacción y el desarrollo del niño*”. Mundo científico. N° 110 volumen II. Pp. 172-180.

- **Sharon E. Kotan** (2007) “*Predictors of Breastfeeding Intention Among Low-Income Women*”. Colegio de Enfermería en el estado de Florida, Estados Unidos.

- **Stone Neuhofer & Marina L.** (1998). Cap: 9 “*Nutrición durante el embarazo y la lactancia*”. En: Mahan, Kathleen L. y Escott-Stump, Silvia. Nutrición y dietoterapia de, Krause. 9° Edición. Mc. Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. México, DF.

- **Torresani, María Elena** (2001). “*Cuidado Nutricional Pedátrico*”. 1º Edición. Editorial Universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina. Extraído de tesis Bracamonte, C. y Cabrera, L (2006). “*Implicancias de la*



Depresión Postparto en la Conducta de Lactancia Materna". Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

- **UNICEF** (1995). *Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL*". Editoras C Shellhorn, Ministerio de Salud, Chile.

<http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/full/158/11/1075>



Anexo

I. Entrevista

1. ¿Cuántos años tiene?

.....

2. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Divorciada
- Separada
- Unión de hecho

3. ¿Cuáles son sus estudios?

- Primario Incompleto
- Primario Completo
- Secundario Incompleto
- Secundario Completo
- Universitarios Incompletos
- Universitarios Completos

4. ¿Quién es el principal sostén del hogar?

- Padre
- Madre
- Compartido
- Abuelo
- Otros.....



5. ¿Hay otro principal responsable del sustento?

- No
- El padre
- La madre
- El abuelo
- Un hermano
- Otros.....

6. ¿Cuál es el tipo de trabajo del padre o jefe de familia?

- Empleador
- Empleado con jerarquía
- Empleado sin jerarquía
- Obrero con jerarquía
- Obrero sin jerarquía
- Trabaja por cuenta propia
- Trabajador ocasional

7. ¿Cuál es su ocupación?

- Trabaja
- Estudia
- Ama de casa

8. ¿Cuál es el ingreso del conjunto familiar?

- Menos de \$300
- \$301 a \$500
- \$501 a \$800
- \$801 a \$1500
- \$1501 a \$3000
- Más de \$3000

9. ¿Con quien / es vive?

.....

10. ¿Qué edad tiene el niño que trae a control?

.....

11. ¿Cómo fue el parto?

- Parto natural a término
- Por cesárea a término
- Parto natural prematuro
- Por cesárea prematuro

12. ¿Cuánto pesó al nacer?

- <de 2.500g
- >de 2.500g

13. a) ¿Tiene otros hijos?

- Sí
- No

b) ¿Cómo los alimentó desde el nacimiento?

- Con leche materna (pecho)
- Con leche artificial (biberón)
- Con leche materna y artificial

14. a) ¿A este bebé cómo lo está alimentando?

- Con leche materna
- Con leche artificial
- Con leche materna y artificial
- Otros.....

b) En caso de no darle el pecho, explique las causas y desde cuando.

.....
.....

15. ¿En qué momento después del parto inició la lactancia?

- En la primera hora de haber nacido
- En las primeras 6 horas
- Entre las 6 y 24 horas

Después de las 24 horas ¿Porqué?.....

16. Las madres que amamantan exclusivamente tienen un riesgo menor de quedar embarazadas.

Verdadero

Falso

17. ¿Con qué frecuencia lo alimenta?

Cuando llora

Cuando le parece que tiene hambre

Cada tres horas

Otros.....

18. Si el bebé tiene diarreas o vómito debe suspender la lactancia.

Verdadero

Falso

19. ¿Le da otros líquidos además de la leche materna?

No le da otros líquidos

Agua

Infusiones

Jugos

Vitaminas

Otros.....

20. Si la madre tiene una infección simple (gripe, diarrea o fiebre) tiene que suspender la lactancia.

Verdadero

Falso

21. ¿El bebé queda satisfecho después de mamar?

Sí

No

A veces

No sé

22. El bebé lactante necesita agua extra en climas cálidos.

- Verdadero
- Falso

23. a) ¿Le da el chupete?

- Sí
- No

b) ¿Desde cuando?

.....

24. La leche materna después de los 6 meses disminuye su nivel nutricional.

- Verdadero
- Falso

25. Si usted tiene que pasar varias horas lejos de su bebé. ¿Cómo hace para alimentarlo?

.....
.....

26. ¿Cómo ha sido su embarazo?

- Sin complicaciones
- Con complicaciones. ¿Cuáles?.....

.....

27. a) ¿Se ha sentido acompañada durante el embarazo?

- Sí
- No

b) ¿Por quién / es?

- Su pareja
- Su familia
- Sus amistades
- Otros.....

c) ¿Qué opina él / ellos sobre que usted amamante a su hijo?

- Están de acuerdo

Están en desacuerdo

Les es indiferente

28. Los pechos pequeños no producen suficiente leche.

Verdadero

Falso

29. a) ¿Ha recibido algún tipo de información sobre como amamantar a su bebé?

Sí

No

Ns/Nc

b) ¿De quién/es?

Médico

Enfermera

Madre

Amigos

Curso de parto

Otros.....

*Nota: El presente documento fue creado ad-hoc para la presente tesis, basándose así mismo en el cuestionario sobre conducta de lactancia materna de “Bracamonte, Carolina y Cabrera, Laura “Implicancias de la Depresión Postparto en la Conducta de Lactancia Materna” (2006).