



CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS AVANZADOS

DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

UNIDAD MÉRIDA

DEPARTAMENTO DE ECOLOGÍA HUMANA

Factores selectos asociados a características de la lactancia materna en Mérida,

México

Tesis que presenta:

Adriana Marine Briceño Medina

Para obtener el grado de:

Maestra en Ciencias

en la especialidad de Ecología Humana

Director: Dr. Federico Horacio Dickinson Bannack

Mérida, Yucatán, marzo de 2017

ÍNDICE

ÍNDICE	i
ÍNDICE DE TABLAS	ii
INDICE DE FIGURAS	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO.....	3
Generalidades de la lactancia materna.....	3
Ventajas de la lactancia materna	4
Recomendaciones	5
La lactancia materna en México y el mundo	6
Características de la lactancia materna	10
Factores asociados a la lactancia materna	11
OBJETIVOS	28
General	28
Específicos.....	28
MATERIAL Y MÉTODO	29
Primera etapa	29
Segunda etapa.....	31
Análisis de resultados	33
RESULTADOS.....	34
Primera etapa	34
Segunda etapa.....	42
DISCUSIÓN	66
CONCLUSIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	82
Anexo 1	82
Anexo 2.....	87
Anexo 3.....	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Situación de la lactancia materna exclusiva en el mundo	7
Tabla 2. Principales factores asociados a la lactancia	12
Tabla 3. Estadística descriptiva de la edad materna en años (n=70)	36
Tabla 4. Distribución de las mujeres participantes (n=70) por número de partos..	36
Tabla 5. Tipo de nacimiento de las crías	37
Tabla 6. Primer alimento de las crías	38
Tabla 7. Primer alimento de acuerdo al hospital de nacimiento	38
Tabla 8. Primer alimento de acuerdo al tipo de nacimiento.....	39
Tabla 9. Situación ocupacional de las madres	40
Tabla 10. Escolaridad materna.....	40
Tabla 11. Pertenencia de la vivienda	41
Tabla 12. Presencia de servicios en los hogares	42
Tabla 13. Edad en meses de las crías al momento de la entrevista	43
Tabla 14. Alimentación con respecto a la edad.....	44
Tabla 15. Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la introducción de fórmula como alimento habitual	45
Tabla 16. Características de las sesiones alimentarias.....	45
Tabla 17. Características de las sesiones de lactancia materna.....	46
Tabla 18. Percepción de la influencia de la paridad en la lactancia materna	49
Tabla 19. Tipos de técnicas conocidas para favorecer la lactancia.....	50
Tabla 20. Prácticas para aumentar la producción de leche.....	51
Tabla 21. Prácticas que disminuyen la producción de leche materna (n=11)*	52
Tabla 22. Consejeros en las prácticas de lactancia materna	53
Tabla 23. Concordancia de los conocimientos maternos con algunas recomendaciones (n=20)*	54
Tabla 24. Aciertos y desaciertos de los consejos relacionados con el primer alimento de las crías y la lactancia materna exclusiva (LME) proporcionados por personal de salud y familiares	57
Tabla 25. Mujeres que amamantan en espacios públicos (n=20)	61
Tabla 26. Factores favorables y retos en la lactancia materna exclusiva.....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Alimentación de las crías al momento de la encuesta (n=70)	35
Figura 2. Motivos de la lactancia materna no exclusiva, n=20	47

AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis, el Dr. Federico Dickinson, por escucharme y guiarme en cada parte del proceso de elaboración de este trabajo; porque a pesar de las dificultades y tropiezos siempre me creyó capaz de mejorar. Gracias también por impulsarme a ser una persona más responsable y crítica.

A la Dra. Teresa Castillo, por brindarme sus conocimientos, apoyarme en la elaboración de mis instrumentos y enseñarme que para investigar también hace falta usar el corazón.

Al Dr. Sudip Datta Banik, por cada sugerencia realizada a mi trabajo y por siempre estar dispuesto a colaborar con mi investigación.

A mi lectora externa la M. en C. Zulema Cabrera, por impulsarme a seguir preparándome y por los comentarios realizados a esta tesis.

A Graciela Valentín, por su amable ayuda para localizar y trasladarme a los hogares de las participantes de mi estudio, y por su disponibilidad para apoyarme en campo y en gabinete cuando fuera necesario.

Al personal del Hospital de la Amistad Corea-México, por todas las facilidades brindadas durante mi trabajo de campo, en especial al Dr. Jose Luis Aké Sosa, Director General de la institución.

A todas las madres que me dieron su tiempo y me dejaron aprender de ellas. Me abrieron una ventana que me permitió ver más allá de las recomendaciones y las

estadísticas; me han dejado conocer los retos que implica la maternidad y la lactancia. Espero que esos conocimientos que me brindaron me ayuden a ser más útil a la sociedad.

A mis compañeros de generación, Linda Lugo, Guadalupe Chi, Cristian Rodríguez, Gelma Acosta, Jimena Illescas y Ricardo Antorcha, por su valiosa amistad.

A mis compañeros del Seminario de Tesis, Saul Chay, Daniel Ancona, Samantha Sánchez y Carlos Vázquez, por cada sugerencia y comentario hacia mi trabajo, y también por darme la posibilidad de conocer el suyo y aportar a él.

Al personal Administrativo del Departamento de Ecología Humana, en especial a la Sra. Dalila Góngora y a la Psicol. Fabiola Echeverría por su amable apoyo en los trámites académicos.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por el apoyo económico que se me otorgó para poder cursar este posgrado (CVU: 631071).

Al Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (Cinvestav) por el apoyo económico otorgado para tomar el curso “Metodología de la Investigación Cuantitativa” en El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal de las Casas.

A mis padres, abuelos y hermanos porque siempre han llenado de amor cada etapa de mi vida académica.

A mis amigos de Ticul, y a Carla Pieck, por acompañarme y apoyarme durante la elaboración de este documento.

RESUMEN

Introducción: La OMS recomienda lactancia materna exclusiva (LME) durante los seis primeros meses de vida, alimentación complementaria a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna (LM) hasta los 2 años o más. Sin embargo en la literatura se han encontrado factores biosociales (como la edad, paridad, actividades laborales, apoyo familiar) que influyen en la aplicación de esta recomendación.

Objetivo: Conocer la influencia de factores biológicos, sociales y biosociales selectos sobre características de la lactancia materna en un grupo de mujeres de Mérida, Yucatán.

Material y método: La primera fase del estudio se realizó en el Hospital de la Amistad Corea- México, un hospital público, de septiembre a noviembre de 2015; en ella se aplicó un cuestionario a 70 mujeres para conocer generalidades sobre sus prácticas de lactancia materna y alimentación infantil. A partir de esta muestra se eligió a un grupo de 20 madres para realizarles, a domicilio, de noviembre de 2015 a enero de 2016, una entrevista semi-estructurada sobre sus experiencias en lactancia y un recordatorio para conocer características de LM, tales como frecuencia e intervalos entre sesiones.

Resultados: *Primera etapa:* Las 70 mujeres participantes se encontraban en un rango de 13 a 47 años de edad con una media de 23.5. La mayoría (89%) vivía en pareja (casadas o en unión libre) y 66% vivía con algún familiar. En general, la escolaridad fue baja, el 60% tenía un nivel de educación secundaria o menor. Tres de cada cuatro mujeres se dedicaban a labores domésticas. El 70% de los niños recibieron leche materna como primer alimento pero en los nacidos por cesárea esto se dio en menos de la mitad de los casos. Al momento de la encuesta sólo el 24% recibía lactancia materna exclusiva (LME). *Segunda etapa:* En la submuestra de 20 niños, sólo 3 recibían LME; para estos niños las sesiones de lactancia fueron más numerosas y con intervalos cortos entre una y otra, a diferencia de los niños con lactancia mixta. Al encontrarse en contextos de familia extendida, las principales influencias en la LM fueron madres y suegras. La mayor causa de abandono de LME es la percepción de que el niño no se llena, tomando como señal el llanto; en estos casos tanto el personal de salud como la familia suelen recomendar, contrario a las recomendaciones de la OMS, el uso de fórmulas lácteas. El 90% de las mujeres opinó que la edad materna no afecta la LM. Las mujeres con empleos tienen pocas sesiones de LM debido al menor tiempo que pasan en el hogar y el incumplimiento de las políticas de maternidad y las leyes correspondientes por parte de sus empleadores. En futuros estudios convendría explorar cómo el desconocimiento de las características de LM (como frecuencia,

duración e intervalo entre sesiones), de la lactancia materna influye en la percepción de insuficiencia de leche.

ABSTRACT

Introduction: WHO recommends exclusive maternal breastfeeding (EMB) during the first six months of life, thereafter complementary feeding, and maintenance maternal breastfeeding (MB) up to 2 years or more. However, in the literature are reported biosocial factors (such as maternal age, parity and work activities, and family support) that influence the implementation of this recommendation.

Objective: Determine the influence of selected biological, social and biosocial factors on breastfeeding characteristics in Merida, México.

Method: The first phase of the study was performed at the Hospital de la Amistad Corea-México, a public hospital, from September to November 2015; it was applied a questionnaire to 70 women to obtain general information about their breastfeeding practices and infant feeding. From this sample was selected a group of 20 mothers to apply at home, from November 2015 to January 2016, a semi-structured interview about his experiences in MB and a reminder to know features such as frequency and intervals between sessions.

Results: *First stage:* The age range of the 70 participants was of 13 to 47 years old with a mean of 23.5. Most (89%) were living as a couple (married or cohabiting) and 66% lived with family. Overall, schooling was low, 60% had only basic education or less. Three out of four women engaged in housework. Most (70%) of children received breast milk as the first food; however, in those born by caesarean section this occurred in less than half of cases. At the time of the survey only 24% received MEB. *Second stage:* In the subsample of 20 children, only three received MEB; in these children breastfeeding sessions were more numerous and at shorter intervals between them than in children with mix MB. In contexts of extended family, the major influences were mothers and mothers in law. The major cause of abandonment of MEB is the perception that the child is not satisfied, interpreting crying as a sign; in these cases both health staff and families often recommend the use of milk formulas. Most (90%) of women said that maternal age does not affect MB. Women with jobs have few sessions of MB, due to less time spent at home and breach of maternity policies and laws by their employers. Future studies should explore how lack of knowledge of MB features (such as frequency, duration and interval between sessions), influences the perception of insufficient milk.

INTRODUCCIÓN

Según la revisión de la literatura, la lactancia materna (LM) proporciona diversas ventajas a los niños, que tienen que ver con crecimiento adecuado y mejor estado de salud; sin embargo existen factores que intervienen positiva o negativamente en esta práctica. A lo largo de los años se han realizado diferentes estudios para saber cuál es el momento óptimo para iniciar la lactancia y su duración, a partir de los cuales la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emitido recomendaciones sobre la lactancia materna, ablactación y comercialización de alimentos sucedáneos, para incrementar adecuadas prácticas de alimentación y que los niños crezcan y se desarrollen de manera sana.

Esas recomendaciones incluyen proporcionar la leche materna como primer alimento (incluyendo el calostro), la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) durante los seis primeros meses de vida de la cría y la introducción de alimentos apropiados y seguros para la edad (alimentación complementaria) a partir de entonces. Aunado a esto, se sugiere que se mantenga la LM hasta los dos años o más.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de esa y otras autoridades sanitarias, así como de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, las tasas de lactancia en el mundo y en México siguen siendo bajas, estando afectadas por una serie de factores de índole biológica, social o biosocial, que pueden tener impacto tanto en la iniciación y duración de la LM, sea exclusiva o no, como en la frecuencia y duración de las sesiones de lactancia y de los intervalos entre una

sesión y otra. Este trabajo se llevó a cabo en Mérida, Yucatán, con el propósito de conocer, por medio de las experiencias de las mujeres, de qué manera influyen algunos factores selectos en las características de la lactancia materna. El estudio tuvo dos etapas, en la primera se trabajó con 70 mujeres que acudieron con sus hijos (menores de 6 meses) al área de consulta externa o medicina preventiva del Hospital de la Amistad Corea-México, un hospital público. Esta fase tuvo como finalidad conocer la situación de la LM entre las participantes y elegir, por conveniencia, a una submuestra de mujeres participantes, que estuvo integrada por 20 mujeres, se les visitó a domicilio, realizando una entrevista semi-estructurada y un recordatorio de la alimentación de su bebé.

MARCO TEORICO

Generalidades de la lactancia materna

Las prácticas adecuadas de alimentación son importantes para la supervivencia y el crecimiento y desarrollo correctos en los niños, especialmente los lactantes. La OMS considera a la LM como un aspecto crucial de la salud pública, por lo que ha estudiado sus características, incluyendo cuál es su duración óptima (Dewey, 2003).

A partir de dichos estudios se han conocido los beneficios que la LM tiene para los infantes, sugiriendo que su ausencia o duración menor a la recomendada puede afectar su estado de nutrición y salud, inclusive en etapas posteriores de la vida (Dewey, 2003).

La evidencia científica sobre los aspectos positivos de la práctica de la LM, tanto para la cría como para la madre, es la base de diversas políticas y programas encaminados a promover, proteger y apoyar la LM, muchas veces, haciendo caso omiso de múltiples factores que la influyen, como los sociales, culturales, familiares y personales que pueden hacer que sea una experiencia exitosa o no (Becerra-Bulla *et al.*, 2015).

Ventajas de la lactancia materna

La leche humana contiene cientos de miles de moléculas bioactivas diferentes que protegen contra agentes de infección e inflamación, y contribuyen a la maduración del sistema inmune, desarrollo de órganos y la colonización microbiana saludable (Ballard y Morrow, 2013).

Los niños alimentados regularmente con leche materna tienen mayor protección contra enfermedades diarreicas y respiratorias y por lo menos seis veces más probabilidad de supervivencia en los primeros meses que quienes no la reciben, ya que tienen menos riesgo de morir por infecciones respiratorias agudas, diarreas y otras enfermedades infecciosas (León-Cava *et al.*, 2002). Además, se ha sugerido que a mayor periodo de LME y LM mayor protección contra estas enfermedades, tanto en países en desarrollo como en los industrializados (Duijts *et al.*, 2009; Fisk *et al.*, 2011).

Un periodo breve o una falta de LM constituyen factores de riesgo para desarrollar Diabetes Tipo I en etapas de la vida posteriores (Patelarou *et al.*, 2012), así como otros padecimientos crónicos en la edad adulta, relacionados con el exceso de peso (León-Cava *et al.*, 2002). Por otro lado, se ha sugerido que existe una relación positiva entre el tiempo de amamantamiento y un mejor desarrollo neurológico de la cría (Bouwstra *et al.*, 2003). Según la revisión de Singhal y Lanigan (2007) existen diversas razones, conductuales y nutricionales, por las que los niños alimentados al seno materno crecen mejor que los alimentados con leche de fórmula y, por lo tanto, tienen menor predisposición a

enfermedades crónico-degenerativas en la adultez. Algunas de esas razones serían que, desde la perspectiva del comportamiento, es probable que los niños con lactancia controlen más su ingesta; es posible que las crías amamantadas pertenezcan a familias con hábitos más saludables y por eso su crecimiento a largo plazo sea mejor y, desde el punto de vista nutricional, componentes en la leche artificial pueden generar resistencia a la insulina y también provocar aceleramiento del crecimiento, lo que podría promover la obesidad en etapas posteriores (Singhal y Lanigan, 2007).

Recomendaciones

La OMS recomienda la LME durante los seis primeros meses, la introducción de alimentos apropiados y seguros para la edad (alimentación complementaria) a partir de entonces, y el mantenimiento de la LM hasta los 2 años o más¹. Sin embargo, si bien tiene en cuenta que algunas madres no podrán o no querrán llevar a cabo esta recomendación la OMS plantea que ellas deberían obtener apoyo para poder optimizar la nutrición de sus hijos (Dewey, 2003).

¹ Lactancia materna exclusiva: Sólo permite leche materna (por seno o extracción), y en los casos necesarios, suero y jarabes. Dewey K. 2003. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud ed. Washington, DC

La lactancia materna en México y el mundo

Durante la mayor parte de la historia humana, y para la mayoría de los seres humanos, la leche materna fue el único alimento de recién nacidos y lactantes, pero el auge de la industria química y farmacéutica del siglo pasado favoreció el desarrollo de leches artificiales, dando lugar a un descenso en las tasas de LM, que se extendió de los países ricos a los más pobres con el paso del tiempo. Actualmente, aunque la información y evidencia a favor de la lactancia son claras y contundentes, las tasas de LM y LME son bajas y las políticas laborales para promoverla y protegerla resultan insuficientes frente al efecto de los condicionantes socioculturales (Carro *et al.*, 2009).

A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva (OMS, 2015a) (Tabla 1). México se encuentra por debajo de la mayoría de los países presentes en la Tabla 1 y, específicamente en el continente americano, está en el segundo lugar con porcentajes de LME más bajos.

**Tabla 1. Situación de la lactancia materna exclusiva en el mundo
(2006-2012)**

País	Continente	Porcentaje
América		
Brasil		40
Canadá		26
Chile		44
Cuba		49
Guatemala		50
México		15
Panamá		14
Perú		68
África		
Etiopía		52
Kenia		32
Madagascar		51
Malawi		71
Marruecos		15
Somalia		9
Asia		
China		28
India		46
Irán		28
Iraq		20
Nepal		70
República de Corea		89
Tailandia		15
Europa		
Irlanda		15
Montenegro		19
Ucrania		18
Oceanía		
Islas Marshall		27
Islas Salomón		74
Samoa		51

Fuente: (OMS, 2014) Estadísticas sanitarias mundiales.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT 2012) la duración de la LM en México es aproximadamente de 10 meses, y el porcentaje de LME bajó entre 2006 y 2012 de 22.3% a 14.5%. Además, también ha aumentado la

proporción de niños en este rango de edad que consumen fórmula, así como de infantes que, además de leche materna, consumen innecesariamente agua. De acuerdo a la misma encuesta, el 37.4% de las mujeres de la muestra que nunca amamantaron a sus hijos mencionaron que fue por falta de producción de leche, el resto de las respuestas fueron variadas: alguna enfermedad de la madre que la incapacitara para la labor, el bebé no aceptó el pecho o a la madre no le gustó esta práctica y falta de información en los servicios de salud, entre otras razones (INSP, 2012a).

A nivel del estado de Yucatán se reporta que las prácticas de lactancia materna están por debajo de los lineamientos propuestos por la OMS, y un gran porcentaje de las madres alimentan a sus hijos con fórmulas lácteas u otros líquidos antes de lo sugerido (INSP, 2012b).

Un estudio sobre la LM en Yucatán, realizado de 2007 a 2008 en el Hospital Materno Infantil de Mérida, en el que participaron 122 mujeres residentes de Mérida, tuvo la finalidad de conocer la prevalencia de LME y los factores que contribuyen a su abandono. Entre las primeras causas de abandono de la LME, las madres mencionaron: “el niño no se llena” y el “rechazo del niño (al pecho)”. Entre las causas dependientes de la madre, se reportó el “inicio de las actividades laborales” y “alteraciones y/o lesiones del pezón”. Las “enfermedades de la madre” fueron manifestadas como causas de abandono, así como la “insuficiente producción de leche” (Moguel *et al.*, 2011).

Tanto la Ley Federal de Trabajadores al Servicio del Estado (DOF, 2014) como la Ley de Trabajadores al Servicio del Estado y Municipios de Yucatán, estipulan que “las mujeres disfrutarán de un mes de descanso antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto y de otros dos después del mismo y que durante la lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para amamantar a sus hijos” (Legislativo, 2011, p. 11), o, como agrega la ley federal, para: realizarse extracciones de leche. Esta situación de antemano compromete la LM, ya que se ha registrado que ésta tiene una asociación negativa con la duración de la licencia de maternidad (Guendelman *et al.*, 2009).

A nivel estatal, son pocos los estudios disponibles sobre lactancia. Además del realizado por Moguel *et al* (2011), mencionado anteriormente, hay otro realizado en el pueblo de Kiní, Yucatán, por Reyes y Cervera (2013) en el que se aplicaron encuestas de alimentación infantil a treinta madres seleccionadas entre las que habían dado a luz dos años antes del estudio; se hicieron entrevistas etnográficas a dos madres y tres abuelas, una entrevista semi-estructurada a la nutrióloga de la clínica local y observación participante. Las autoras reportan que antes de que el bebé cumpliera 6 meses la mayoría de las madres ya le había dado otros líquidos, principalmente agua y leches industrializadas y, en algunos casos, el personal de salud recomendó complementar con leche de lata porque “la mamá producía poca leche”; al preguntar a las mujeres por qué algunas madres no daban pecho, refirieron que a muchas no les gusta porque les cambia el cuerpo

o les "estira los pechos"; otras mencionaron que los medicamentos para la cesárea provocaron que se les secase la leche.

Características de la lactancia materna

Además de la exclusividad o no en la LM, existen ciertas características de ésta que pueden variar en cada caso y pueden ser cuantificadas, como lo son el número de sesiones, duración de cada una e intervalos entre las mismas.

Algunas de esas características han sido estudiadas de manera integral por Vitzthum (1994) bajo el concepto de "estructura de la lactancia materna", definida como "Un patrón temporal de la duración y la frecuencia de amamantamiento" (p.309). En el mismo tema se encuentra el estudio sobre estructura de la lactancia de Piperata y Mattern, realizado entre 2002 y 2004 en comunidades rurales de Brasil y que abarcó cuatro aspectos: 1) número de sesiones por día y hora²; 2) duración en minutos de las sesiones individuales; 3) intervalo (en minutos) entre las sesiones de LM y 4) tiempo total (en minutos) y porcentaje de tiempo dedicado a la LM al día. Los resultados más sobresalientes fueron que las mujeres de mayor edad mostraban una tendencia mayor a amamantar a sus hijos por periodos más largos. Durante los primeros 40 días de lactancia ninguna mujer participó en actividades de subsistencia y en el pico de la lactancia, que fue entre los dos y cuatro meses, hubo una asociación negativa entre el tiempo que le dedicaban a las actividades de subsistencia y el cuidado del niño. Al final de la

² Una sesión de LM es la serie de episodios de contacto de la boca del niño con el pezón, espaciados con menos de un minuto de diferencia. Piperata BA, Mattern LMG. 2011. Longitudinal study of breastfeeding structure and women's work in the Brazilian Amazon. *American Journal of Physical Anthropology* 144(2):226-237.

lactancia, la cantidad de tiempo asignado al trabajo se correlacionó negativamente con el número de sesiones de lactancia (Piperata y Mattern, 2011).

Factores asociados a la lactancia materna

Según la literatura existen diversos factores biológicos, demográficos, sociales y psicosociales que pueden estar involucrados con el proceso de la LM, estos pueden ejercer una influencia positiva o negativa sobre él (Thulier y Mercer, 2009) (Tabla 2). Factores como la edad, paridad y la escolaridad influyen positivamente en la LM y LME, mientras que la obesidad, el consumo de bebidas alcohólicas y las cuestiones laborales (como una licencia de maternidad corta) pueden influir negativamente en ambos tipos de lactancia.

Tabla 2. Principales factores asociados a la lactancia

Factor	Conclusión	Referencias	Lugar
Edad materna	Las mujeres mayores mostraron una tendencia mayor a amamantar a sus hijos por periodos más largos.	(Piperata y Mattern, 2011)	Comunidades amazónicas rurales de Brasil
	Una edad materna menor a 20 años fue predictor de abandono temprano de la LM*.	(Ertem <i>et al.</i> , 2001)	New Haven, Estados Unidos
Sobrepeso u obesidad	La obesidad puede provocar fracaso en el establecimiento de LM en mujeres latinas en EE.UU.	(Kugyelka <i>et al.</i> , 2004)	New York, Estados Unidos
	La obesidad provoca falta de producción de leche en especies experimentales.	(Rasmussen, 2007)- Revisión	New York, Estados Unidos
Alcohol durante embarazo o lactancia	Disminuye la producción de leche.	(Giglia y Binns, 2006)- Revisión (Giglia <i>et al.</i> , 2008)	Perth, Australia
Paridad	Asociación positiva entre paridad y LM.	(Guendelman <i>et al.</i> , 2009)	California, Estados Unidos
Nivel educativo	Asociación positiva entre nivel educativo y LM.	(Guendelman <i>et al.</i> , 2009)	California, Estados Unidos

Continúa en la página siguiente.

Tabla 2. Principales factores asociados a la lactancia

Factor	Conclusión	Referencias	Lugar
Estado civil	Asociación positiva entre estar casadas y establecimiento de LM.	(Guendelman <i>et al.</i> , 2009)	California, Estados Unidos
	Asociación negativa entre presencia del padre y LME**.	(Perez-Escamilla <i>et al.</i> , 1995)	México Brasil Honduras
Nivel socioeconómico	Las mujeres con mayor nivel socioeconómico tienden a amantar por menos tiempo que sus contrapartes menos privilegiadas.	(Perez-Escamilla <i>et al.</i> , 1995)	México Brasil Honduras
Apoyo familiar	Hay contradicciones entre los conocimientos que tienen las madres sobre LM y otros miembros de la familia, lo que causa confusión.	(Shao Mlay <i>et al.</i> , 2004)	Dar es Salaam
Planeación y conocimientos	La actitud, planeación y conocimientos suficientes aumentan las probabilidades de LM óptima.	(Gorrita Pérez <i>et al.</i> , 2014)-	Mayabeque, Cuba

Continúa en la página siguiente.

Tabla 2. Principales factores asociados a la lactancia (final de la tabla)

Factor	Conclusión	Referencias	Lugar
Ocupación	Asociación negativa entre el tiempo que le dedican a las actividades de subsistencia y el cuidado del niño.	(Piperata y Mattern, 2011)	Comunidades amazónicas rurales de Brasil
	Asociación positiva entre duración de la licencia de maternidad y el establecimiento de la lactancia materna.	(Guendelman <i>et al.</i> , 2009)	California, Estados Unidos
	Las madres que trabajan después del parto tienen menos probabilidades de establecer la LM adecuadamente. Además pueden tener un ayudante doméstico al que otorga la responsabilidad de la alimentación del niño.	(Bai <i>et al.</i> , 2015a)	Hong Kong, China

*LM: Lactancia materna. **LME: Lactancia materna exclusiva

Prácticas tempranas

Existen factores previos al nacimiento de la cría que pueden influir en las prácticas de lactancia como, por ejemplo, la planeación de ésta (Shao Mlay *et al.*, 2004), que pueden ser afectados y modificados desde que el bebé nace, dependiendo de si es por vía vaginal o cesárea, ya que esta última puede aumentar los riesgos de no establecer la lactancia o que ésta dure menos (Kuyper *et al.*, 2014).

La OMS declara que, a pesar que la cesárea es una intervención que puede salvar vidas, también puede poner en riesgo tanto a madres como a sus hijos, por lo que recomienda la evaluación caso por caso, considerándola como necesaria solamente en aquellos en los que el parto suponga riesgos para madre o cría. Además menciona que la comunidad sanitaria internacional considera que la tasa máxima de cesáreas no debe ser mayor de 15% pues la tasa de mortalidad materna y neonatal no mejora si la de cesáreas rebasa esas cifras.

Respecto al efecto de las cesáreas en la lactancia, en tres distritos rurales de Tanzania se examinaron los factores que afectan su iniciación, a través de un cuestionario aplicado a 889 mujeres en 2011. Se encontró que el nacimiento por cesárea estuvo negativamente asociado con el amamantamiento temprano (Exavery *et al.*, 2015).

En el caso de México, en 1987, se llevó a cabo una investigación en la que participaron 2,517 mujeres, obteniéndose que la cesárea fue un factor de riesgo para no iniciar la LM y también para amamantar por menos de un mes. Sin embargo no hubo relación entre este tipo de nacimiento y la LM posterior al mes de vida de la cría (Pérez-Escamilla *et al.*, 1996).

En un estudio australiano, de corte cualitativo, se trabajó con ocho mujeres para conocer sus experiencias en torno a la relación entre cesárea y la LM, se encontró que las participantes tuvieron: 1) sentimientos de incomodidad con respecto al ambiente “poco natural” de nacimiento y la decepción al percibir que tenían poco control sobre cuestiones de lactancia; 2) la percepción de que los bebés tenían los instintos comprometidos, o sea que no mostraban interés en succionar o se veían cansados y 3) la percepción de insuficiencia de leche que orillaba a las mujeres a brindar fórmula, pero al mismo tiempo les provocó frustración, sobre todo porque pensaron que el proceso sería más fácil (Chaplin *et al.*, 2016).

En relación con las prácticas hospitalarias Forster *et al.* (2015) Realizaron un estudio entre 2009 y 2011, en el que participaron 924 mujeres australianas, cuyo objetivo fue conocer las diferencias entre la lactancia a los seis meses de edad de acuerdo a las prácticas hospitalarias de alimentación de crías sanas en las primeras 48 horas de vida. Se obtuvo que los niños alimentados solamente con el seno materno, en las primeras 48 horas, tendieron a ser amamantados hasta los seis meses de edad; independientemente de la paridad.

A otro nivel, como una estrategia de protección y promoción a la lactancia, a inicios de la década de 1990 se creó la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (OPS y OMS, 2009). Actualmente, la mayoría de los estudios sobre los hospitales certificados en esta iniciativa, apuntan a que sus acciones contribuyen a mejorar las tasas de iniciación y duración de la lactancia, sobre todo en aquellas madres

socioeconómicamente vulnerables y con menor nivel de educación (Hawkins *et al.*, 2015; Howe Heyman y Lutenbacher, 2016).

Los criterios mínimos para ser nominado como hospital amigo del niño son:

- “1. Tener una política por escrito sobre lactancia que pone en conocimiento del personal de la maternidad rutinariamente.
2. Entrenar al personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política.
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar, y cómo mantener la lactancia aun en caso de separación de sus bebés.
6. No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que esté médicamente indicado.
7. Practicar el alojamiento conjunto: permitir a las madres y sus recién nacidos permanecer juntos las 24 horas del día.
8. Alentar la lactancia a demanda.
9. No dar biberones, chupones ni chupones de distracción a los bebés que amamantan.
10. Formar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las madres a estos grupos en el momento del alta del hospital o clínica” (OPS y OMS, 2009, p.32).

Edad y paridad maternas

La edad y la paridad son dos factores que se asocian positivamente al éxito en la lactancia materna (Ertem *et al.*, 2001; Guendelman *et al.*, 2009; Piperata y Mattern, 2011) (Tabla 1). En Hong Kong se realizó un estudio con 511 mujeres multíparas, reclutadas de un hospital obstétrico público, y que tuvieron seguimiento por 12 meses después del parto, o hasta el destete, para conocer la influencia de LM con hijos anteriores en la duración de ésta con el actual; se obtuvo que aquellas que amamantaron al hijo anterior por un largo periodo tuvieron más probabilidades de igualar o extenderlo con su actual bebé (Bai *et al.*, 2015b).

Contrario a lo anterior, en un estudio llevado a cabo en 2013 en Ecuador, con una muestra de 375 madres adolescentes (de 14 a 19 años de edad) se encontró que la prevalencia de LME era mayor que en madres de otros grupos de edad, lo que podría deberse, según los autores, a que se trabajó con mujeres que fueron atendidas en un hospital con consejería de lactancia materna gratuita, ubicado en una zona urbana habitada por mujeres con un nivel educativo más alto (Jara-Palacios *et al.*, 2015).

En 2003 en Inglaterra, en un trabajo con enfoque cualitativo que buscó conocer las experiencias de lactancia en relación a los retos y dificultades que enfrentaron madres adolescentes (de 13 a 19 años de edad) y las redes de ayuda que tuvieron disponibles, se aplicaron grupos focales y realizaron entrevistas a profundidad. Participaron siete mujeres (seis primíparas y una multípara) con bebés de entre dos semanas a seis meses de edad. Se encontró que las

participantes sentían que, por ser jóvenes, sus prácticas de alimentación infantil eran observadas y juzgadas por personas mayores, esto las hacía dudar de sus capacidades y generaba una falta de confianza en sí mismas. También manifestaron problemas de cansancio y dolor al amamantar y sentirse necesitadas de apoyo por parte de su pareja, madre y redes de ayuda (Dykes *et al.*, 2003).

Conocimiento, consejos y apoyo

Si bien se ha registrado que la actitud, planeación y conocimientos suficientes aumentan las probabilidades de lactancia (Gorrita Pérez *et al.*, 2014), en una investigación realizada en 2003 en Jamaica con 599 mujeres, no se observaron diferencias significativas entre los conocimientos sobre las recomendaciones de la OMS, beneficios de la LME y demás, de aquellas madres que amamantaban exclusivamente y las que no (Chatman *et al.*, 2004).

En cuanto al apoyo profesional, de 2007 a 2008, se realizó un estudio en el Reino Unido en el que participaron veinte profesionales de la salud y veintitres madres de niños de entre seis y doce meses de edad. Se obtuvo que las mujeres valoran el apoyo de los profesionales en cuestiones de lactancia materna, aunque perciben que suele ser poco. Por su parte, el personal de salud pareció ser consciente de los desafíos que las mujeres enfrentan en torno a la lactancia, y mencionaron que en ocasiones la falta de apoyo que reciben éstas es debido a la poca disponibilidad de tiempo y recursos que ellos tienen (Brown *et al.*, 2011).

En 2006, un estudio realizado en el oeste de Australia con una muestra de 2,669 mujeres tuvo el objetivo de conocer la asociación entre sus percepciones sobre el apoyo de los profesionales de salud y las dificultades en torno a la lactancia y destete en las primeras diez semanas de vida de sus bebés. Se obtuvo también otra información como el hospital y tipo de nacimiento de la cría y edad, ingreso, paridad y estado civil maternos. Resultó que las primíparas tuvieron más experiencias problemáticas (75.8%), como agrietamiento de los pezones, insuficiente producción de leche, mastitis y dificultades en el agarre de la cría al pezón, que las multíparas (52.6%) y las primeras tuvieron mayor propensión a presentar más de un problema. De manera general también se encontró que, aunque la mayoría de las mujeres (78.8%) consideraba útil el asesoramiento del personal de salud, una gran parte de ellas (53.4%) mencionaron haber recibido diferente orientación de ese personal. Aun así, no se encontraron diferencias significativas entre dichos consejos y el destete precoz (Hauck *et al.*, 2011).

En Boston, Estados Unidos, se realizó un estudio con 288 madres de niños sanos, nacidos entre enero y julio de 2002, cuyos datos fueron vinculados con las respuestas de sus clínicos (25 obstetras, 15 enfermeras de parto y 34 practicantes, así como 47 pediatras). Las razones principales de las madres para introducir fórmula en la alimentación de sus hijos fueron considerar que su leche ya no era suficiente, o creer que la fórmula era más conveniente. Entre los clínicos la mayoría aconsejó a aquellas madres indecisas preferir la alimentación con leche materna sobre la fórmula durante el primer mes de vida, pero más de la mitad de ellos estuvo de acuerdo con que la LME durante los seis primeros es una meta

irreal para la mayoría de las mujeres que atienden. Además el 92% de los consejeros obstetras y 76% de los pediátricos consideraron sus recomendaciones sobre cuánto tiempo amamantar como un factor poco importante en la lactancia, refiriendo que existen factores de mayor relevancia como la falta de producción de leche o los pezones agrietados. Por otro lado, las mujeres que suspendieron la LME fueron las que eran más propensas a los problemas de agarre al pezón o succión de la cría, o las que reportaron que el personal de salud les recomendó complementar la alimentación de su bebé con fórmula (Taveras *et al.*, 2004).

Demirtas *et al.* (2012) reportaron que vivir con mujeres mayores influye en las prácticas de LM, más allá de la edad materna y el nivel de estudios, pues se recibieron consejos para iniciar la ablactación de manera temprana o para suspender LM en casos de embarazo. Otros factores que influyen son el aprendizaje social y la religión. Grassley y Eschiti (2008) consideran que el apoyo de las abuelas es de suma importancia para el establecimiento y duración de la lactancia. Realizaron un estudio en Texas, promovido por la Liga de la Leche, y en el que participaron 30 mujeres lactantes, efectuado a través de un grupo focal para saber cuáles eran sus percepciones acerca de los conocimientos y apoyo brindados por sus madres y suegras. Se encontró que la LM se da en un entorno de familia extendida, y las mujeres valoran los consejos, conocimientos y creencias de sus madres y suegras pero también consideran que, en algunos casos, éstos no favorecen la práctica de la lactancia.

Otro estudio, realizado por Talbert *et al.* (2016) con 50 mujeres kenianas, pertenecientes a una zona con inseguridad alimentaria, pretendió identificar cuáles

fueron los principales consejeros en LM. Se obtuvo que, al ser la mayoría jóvenes, vivían principalmente con su familia, recibiendo consejos de su madre, suegra u otras mujeres mayores en el hogar. Las participantes mencionaban que intentaban seguir las recomendaciones de las mujeres con quienes viven para mantener un buen ambiente, no ser consideradas desobedientes o para no generar la percepción de que cuidan incorrectamente a su hijo. En el caso de las mujeres que viven con sus suegras, suelen aplicar los consejos de éstas sobre los proporcionados por sus madres, pues son las más cercanas y les proporcionan mayor ayuda en el cuidado de su hijo y labores domésticas. También se encontró que, en algunos casos en los que las mujeres recibieron una correcta orientación por parte del personal de salud, ésta difirió respecto a la proporcionada por otros miembros de la familia, ya que se considera que es peligroso proporcionar alimentos de manera “tardía”, pues la leche materna se percibe como insuficiente (Talbert *et al.*, 2016).

Por otro lado, aunque se ha encontrado asociación positiva entre estar casadas y el establecimiento de LM y negativa entre la presencia de la pareja en el hogar y LME, faltan estudios cualitativos que aborden a profundidad la percepción de las mujeres en ese sentido. Los realizados a los padres indican que ellos tienen conocimientos sobre los beneficios de la lactancia, pero se perciben excluidos al respecto, o no disponen del tiempo para involucrarse más (Ayton y Hansen, 2016; Brown y Davies, 2014; Mitchell-Box y Braun, 2012).

Percepciones sobre insuficiencia de leche

La percepción de insuficiencia en la leche materna (PILM) es referida como uno de los principales motivos para la introducción de fórmula o ablactación temprana de los niños (Gatti, 2008; Hill *et al.*, 2007; Robert *et al.*, 2014). Aunque en las revisiones de literatura se reportan que los problemas reales de producción de leche le ocurren a menos del 5% de las mujeres (Robert *et al.*, 2014), las madres suelen interpretar algunas señales de sus hijos, por ejemplo el llanto, como falta de saciedad y esto, a su vez, como producir leche insuficiente (Gatti, 2008; Guerrero *et al.*, 1999).

Un estudio en Jamaica, llevado a cabo entre 2008 y 2009 con una muestra de 200 mujeres elegidas por conveniencia y con características socioeconómicas heterogéneas, reveló que, al estudiar factores tales como edad, ocupación, estado civil, escolaridad, asistencia de salud, y la creencia de que la LM no es suficiente, la PILM fue el único positivamente asociado con la LME. (Harrison *et al.*, 2015).

En un estudio realizado en 2000 y 2001 a través de métodos cualitativos en el que participaron 207 madres mexicanas (primíparas) de niños menores de seis meses (Sacco *et al.*, 2006), procedentes de centros de atención primaria de la Ciudad de México, se buscó describir e interpretar las percepciones de insuficiencia de leche. Principalmente, las mujeres interpretaron el llanto del bebé como signo de que no estaba satisfecho, adoptando como estrategia (en ocasiones recomendada por el médico) el proporcionar fórmula. Otro signo menos frecuente en la PILM fue el considerar que no les salía leche de los pechos (o salía muy poca). Las madres mencionaron que lo anterior podría estar relacionado

con problemas de producción y también por causa de una dieta incorrecta. También manifestaron creencias como que las causas de insuficiencia podrían deberse a no haberse cubierto, enfriamientos, enojos, coraje, malformaciones del pezón y herencia. Para mejorar la producción de leche se refirió el aumento en el consumo de líquidos como agua, atole y leche, así como masajes en los pechos; también hubo menciones de que “pegarse al bebé” ayudaba a la producción de leche (Sacco *et al.*, 2006).

“Hacer coraje” y “tener un susto” han sido también reportados por participantes de otros trabajos, como causantes de la disminución de la producción de leche, o como factores que dañan su calidad (Guerrero *et al.*, 1999; Skeel y Good, 1988).

El trabajo realizado en 2006 en Japón, por Otsuka *et al.* (2008), en el que participaron 262 madres (primíparas o multíparas) mayores de 20 años, con hijos nacidos a término, pretendió conocer la relación entre la PILM (ya sea en cantidad o con respecto al valor nutrimental) y la escala de auto-eficacia en la lactancia materna, entendida como la capacidad materna percibida para amamantar a su cría. Se obtuvo que, aunque inicialmente el 82% de las mujeres tenía intenciones de amamantar exclusivamente, al mes de vida del niño únicamente el 40.2% lo hizo, 57.3% proporcionaba lactancia mixta y 3.4% destetaron completamente para entonces. En estas dos últimas categorías se obtuvo que la razón principal para brindar fórmula (73.1%) fue la percepción de insuficiencia. Se encontró una correlación negativa entre la auto-eficacia en el amamantamiento y la percepción de insuficiencia de leche (Otsuka *et al.*, 2008).

En 1998, en el norte de Inglaterra, se realizó un estudio longitudinal, de corte cualitativo, cuyo objetivo fue conocer las experiencias de 10 madres primíparas en torno a la lactancia y la PILM. Se encontró que las mujeres asocian la PILM con el aspecto visual de la leche materna comparado con la artificial, mencionando que la primera puede lucir aguada, y aparece en menor cantidad. Mencionaron sentir ansiedad al pensar que su dieta no era correcta y afectaba la calidad de la leche. La intervención del personal de salud, en algunos casos, más que ser de ayuda fue percibida como poco motivadora y generadora de culpabilidad (Dykes y Williams, 1999).

Empleo

El regreso de las mujeres a la vida laboral ha sido catalogado como un factor que afecta la duración de la lactancia. En una revisión de trabajos realizados en Estados Unidos (Angeletti, 2009), se menciona que las mujeres solteras de bajos recursos son un grupo más vulnerable ya que se ven obligadas a regresar antes a sus empleos y sus crías se ven expuestas no sólo a los inconvenientes propios de un estado socioeconómico en desventaja, sino también a los riesgos a la salud que implica el no contar con las características nutricionales e inmunológicas de la leche materna. Además, pone de relieve que los centros de trabajo de las mujeres no dispongan de lugares apropiados para realizarse extracciones de leche, acción que es de importancia para continuar con la producción y generar reservas para el bebé; no poder extraerse leche puede generar a las mujeres dolor y mastitis o escurrimientos de leche que les causen incomodidad o vergüenza (Angeletti, 2009).

En Irlanda se realizó un trabajo en 2014 cuyo objetivo fue investigar los obstáculos y experiencias en torno a la lactancia que tienen las madres que regresan al trabajo remunerado. Éstas fueron contactadas por medio de un sitio web y una consultoría privada de lactancia y aquellas que decidieron participar se comunicaron por correo electrónico. Inicialmente fueron 25 mujeres las contactadas, pero se entrevistaron a 16, que fueron aquellas que regresaron las formas de consentimiento. En su mayoría se trataba de mujeres con un grado superior de estudios, mayores de 24 años de edad. Se encontró que se sentían desprotegidas legalmente en torno a tener periodos para extraerse la leche en el trabajo y percibían descontento de sus colegas y jefes cuando lo hacían, quizá al considerar que descuidaban sus obligaciones. Por otro lado, hubo menciones de incomodidad al amamantar en público, por lo que una mujer refirió usar un “poncho” que es una prenda que se coloca sobre la ropa para que al momento de amamantar sus senos no quedaran expuestos (Desmond y Meaney, 2016).

Amamantar en público

Al lado de estos factores y dificultades que afectan la lactancia materna, Britton (2003) menciona que las mujeres, además de decidir si van a amamantar o no, se ven en la dificultad de planear el tiempo que le van a invertir y cómo van a incorporar la lactancia en sus actividades diarias (trabajo, familia, etc). Existen lugares donde la lactancia materna puede ser continuada hasta los dos o tres años, pero en otras sociedades hacerlo implica recibir señalamientos y cuestionamientos acerca de lo "mayor" que es el niño para seguir recibiendo leche

materna; hay creencias de que cuando al niño le han salido los dientes ya es demasiado grande para seguir mamando (Britton, 2003).

Apoyando lo anterior, se encuentran los resultados de un estudio realizado en Europa, en el cual participaron 389 mujeres con crías únicas nacidas a término, de hospitales en Glasgow, Escocia, Estocolmo, Suecia, Granada, España y Reggio-Emilia, Italia. Se les preguntó si habían amamantado en público y sus experiencias de amamantar en público. Se encontró una asociación independiente entre la percepción materna de la aceptabilidad de la lactancia materna en público y sus propias prácticas de lactancia; las mujeres que estuvieron de acuerdo con la afirmación acerca de lo incorrecto de amamantar en público fueron las más propensas a detener la lactancia de manera temprana (Scott *et al.*, 2015).

Los factores mencionados en este capítulo se han abordado desde diferentes aproximaciones, distintos lugares, y con investigadores de ramas de salud y/o sociales. Sin embargo, entre su diversidad se complementan y proporcionaron la base que me permitió seleccionar los que consideré relevantes según mi población de estudio.

OBJETIVOS

General

Analizar la influencia de factores biológicos y sociales selectos en características de la lactancia materna en mujeres de Mérida, México.

Específicos

- Describir los factores biológicos y sociales selectos de la lactancia materna en las mujeres participantes
- Examinar las características de la lactancia materna
- Relacionar los factores biológicos y sociales selectos con las características de la lactancia materna estudiadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación, que se abordó desde un paradigma pragmático con metodología cualitativa (Creswell 2003), estuvo dividida en dos etapas, cada una con sus propios criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Primera etapa

Esta fase se realizó en el Hospital de la Amistad Corea- México, ubicado en Mérida, Yucatán, de septiembre a noviembre de 2015, y en ella se aplicó un cuestionario a 70 mujeres, cuyos criterios de selección, exclusión y eliminación fueron los siguientes:

Se incluyeron a mujeres de cualquier edad que dieron a luz a una sola cría en los seis meses previos al inicio del estudio, excluyéndose a aquellas, cuyos bebés tuvieran algún problema de salud que imposibilitara la lactancia.

Se descartó a cualquier mujer que habiéndole explicado los objetivos y metodología del estudio se negara a participar en él, cuya residencia no fuera la ciudad de Mérida, México. Se eliminaron a quienes no completaron la encuesta.

Instrumentos

Encuesta (Anexo 1)

Objetivos del instrumento

- Conocer los porcentajes de LM y LME en la muestra estudiada, incluyendo la presencia o ausencia de los factores que pueden afectarla.
- Elegir una submuestra para la segunda etapa del estudio

Descripción del instrumento

Constó de preguntas de opción múltiple y abiertas que, considerando las dificultades y el tiempo del que disponen las madres para contestar, fueron pensadas para una aplicación rápida, pero obteniendo la suficiente información para responder a los objetivos.

En la encuesta se conocieron generalidades de la alimentación de los niños, desde su nacimiento hasta la aplicación del instrumento. También se identificó la presencia o ausencia de algunos de los factores maternos que la literatura reporta como de fuerte influencia en la lactancia materna: edad, paridad, estado civil y situación laboral, así como prácticas hospitalarias y de alimentación temprana.

Segunda etapa

De acuerdo a las encuestas de la primera etapa se eligió, por conveniencia, un grupo de mujeres en el cual se pudieran estudiar los factores biológicos y sociales seleccionados. La mayoría de las mujeres fueron contactadas por vía telefónica para confirmar su participación en este trabajo y acordar una fecha para visitarlas; en los casos en que no fueron localizables por teléfono, se les visitó directamente en sus hogares para llegar a un acuerdo.

Participaron mujeres de cualquier edad y fue motivo de exclusión que tuvieran enfermedades que imposibilitaran la lactancia materna o consumieran algún medicamento que la comprometiera.

Se eliminaron de esta etapa a mujeres a quienes no se les pudo aplicar completamente algún instrumento, por el motivo que fuera.

Instrumentos

Recordatorio de 24 horas (Anexo 2)

Objetivo del instrumento

- Conocer las características de la lactancia materna y alimentación del infante el día hábil previo a la entrevista.

Descripción del instrumento

La técnica de Recordatorio de 24 Horas consiste en obtener información detallada respecto a los alimentos y bebidas consumidos el día anterior (tipo, cantidad,

modo de preparación, etc.) y es ampliamente utilizado por los profesionales de la salud para medir la ingestión alimentaria (Ferrari 2013); en este caso fue enfocado a la alimentación de los infantes y a obtener datos de índole cuantitativa y cualitativa sobre las características de lactancia.

Se les pidió a las participantes que detallaran cómo fue la alimentación del niño el día anterior al de la entrevista, desde el momento en que despertaron hasta su última sesión de alimentación, a excepción de que ese día fuera fin de semana, o festivo. En tales casos se pidió información sobre el día viernes, o el anterior al festivo.

Durante la aplicación de este recordatorio se hicieron intervenciones para precisar, en el caso de la alimentación con leche materna, a qué hora y en dónde fue cada sesión, cuánto duró y cuánto tiempo se amamantó al niño en cada seno. En el caso de las extracciones en vez de la duración se preguntó la cantidad de leche tomada por el niño y quién fue el responsable de dársela. De haber consumo de fórmula o alimentos sólidos se pidió que indicaran las cantidades. También se preguntó por el tipo de agua usado para darle de beber al niño, ya sea sola, o en la preparación de fórmula, papillas, y jugos.

Entrevista semi-estructurada (Anexo 3)

Objetivo del instrumento

Conocer las experiencias de las madres con relación a la lactancia materna y los factores selectos que pueden afectarla.

Descripción del instrumento

La mayor parte de las preguntas incluidas en este instrumento provinieron de las opiniones y experiencias de las madres encuestadas en la primera fase del estudio y estuvieron relacionadas con algunos de los factores que intervienen en la lactancia. Algunas preguntas fueron adaptadas de instrumentos pertenecientes a trabajos con temática similar (Belintxon-Martín *et al.*, 2011; Reyes, 2012).

Análisis de resultados

Para los datos arrojados por la encuesta y el recordatorio de 24 horas, se utilizó estadística descriptiva.

La información obtenida en las entrevistas se transcribió en un procesador de texto. Posteriormente fueron revisadas mientras nuevamente se escuchaba el audio para corroborar que no existieran errores en la transcripción. Finalizado el paso anterior se procedió a establecer categorías unificadoras para describir y representar los conceptos y experiencias de las participantes. Estas categorías fueron agregadas a la base de datos en SPSS para realizar la estadística descriptiva.

RESULTADOS

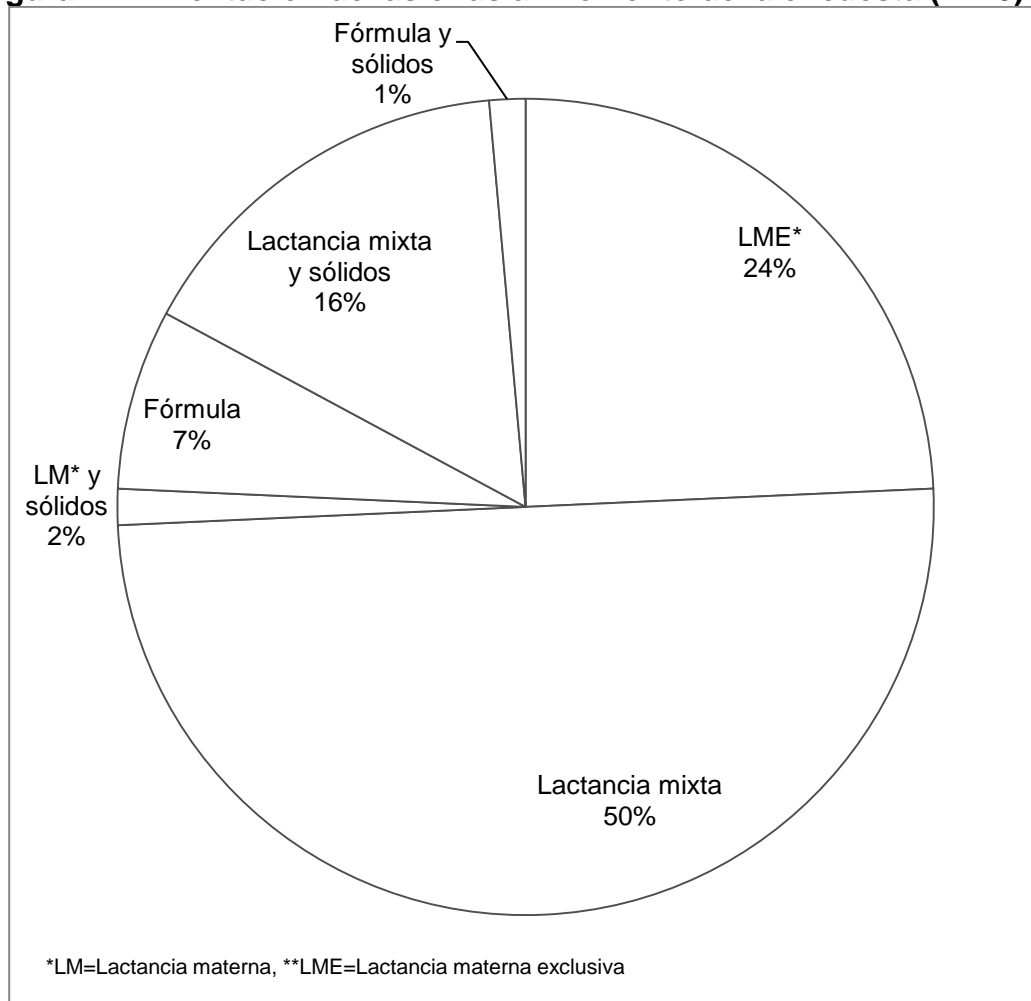
Primera etapa

Se realizó en el Hospital de la Amistad Corea-México, que fue construido en 2004, mediante un convenio entre esos dos países. Está ubicado en la calle 60 Sur en San José Tecoh Poniente, Mérida. Es un hospital dirigido a población infantil abierta, pero mayoría de los pacientes son niños de escasos recursos y de fraccionamientos del sur de la ciudad.

La encuesta se aplicó a 70 mujeres que llevaron a sus hijos menores de seis meses a la aplicación de vacunas o, en casos de algunos recién nacidos, a realizar el tamiz en el área de medicina preventiva. También se incluyeron mujeres que acudieron a consulta externa, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión.

Se encontró que más del 50% de los bebés estaba recibiendo lactancia mixta al momento de la encuesta y que solamente el 24% recibía LME (Figura 1).

Figura 1. Alimentación de las crías al momento de la encuesta (n=70)



En la Tabla 3 se presentan las generalidades con respecto a la edad en años de las mujeres participantes, que va de los 13 a los 47, con una media de 23.5 y desviación estándar de 5.2. Como se observa, existe heterogeneidad en este rubro, y también un rango de edad considerable, lo que refleja que asisten madres de diversas edades al hospital.

Tabla 3. Estadística descriptiva de la edad materna en años (n=70)

Estadístico	Resultado
Media	23.49
Mediana	23.00
Moda	23.00
Desviación estándar	5.21
Varianza	27.18
Mínimo	13.00
Máximo	47.00

La mayor parte de las mujeres participantes en la primera etapa (54%) fueron primíparas y menos de una de cada diez tuvieron cuatro partos o más (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de las mujeres participantes (n=70) por número de partos

Número de Partos	Frecuencia	%
1	38	54.3
2	15	21.4
3	11	15.7
4	5	7.10
5	1	1.40
Total	70	100.0

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, un tercio reportó que las ingirió antes del embarazo, diecinueve de ellas mencionaron que se trató de cerveza, de las cuales 68% solía beber una cantidad menor a 500 ml cada quince días, 16% de 500 a 1000 ml y 5% bebía cantidades mayores a 1000 ml. Una mujer indicó que consumía vodka o whisky en una cantidad menor a 200 ml a la quincena y otra se negó a proporcionar información sobre el tipo de bebida y la cantidad ingerida. Solamente cinco mujeres reportaron el consumo de bebidas

alcohólicas durante el embarazo; tres de ellas consumieron una cantidad menor a 500 ml a la quincena; el consumo de las otras dos fue de 500 a 1000 ml, sin embargo mencionaron que estas cantidades no eran regulares, y que fue hasta las últimas semanas de gestación, porque les recomendaron esta práctica para producir leche materna. Posterior al nacimiento de la cría, sólo dos mujeres reportaron haber consumido bebidas alcohólicas (2.9%), en cantidades menores a 1000 ml a la quincena.

En lo que se refiere a las prácticas hospitalarias, a pesar de que la mayoría (60%) de los niños nacieron por parto, hubo un elevado porcentaje de cesáreas (Tabla 5) en las mujeres encuestadas; rebasando el máximo aceptable de práctica, según la OMS.

Tabla 5. Tipo de nacimiento de las crías

Nacimiento	Frecuencia	%
Parto	42	60.0
Cesárea	28	40.0
Total	70	100.0

En la Tabla 6 se indica el primer alimento de los recién nacidos, en el 70% de los casos fue leche materna; tres mujeres expresaron no saber cuál fue el primer alimento de su hijo, pues se lo pasaron varias horas después del nacimiento; en un caso específico, no le proporcionaron información a pesar de solicitarla.

Tabla 6. Primer alimento de las crías

Alimento	Frecuencia	%
Leche materna	49	70.0
Fórmula	18	25.7
No sabe	3	4.3
Total	70	100.0

Aunado a lo anterior, 67% de las 49 mujeres que brindaron leche materna como primer alimento, mencionaron que esto transcurrió en un periodo menor a una hora, tal como lo recomienda la OMS.

También es importante mencionar que en el Hospital Materno Infantil, en el que nació el mayor número de crías, y que es parte de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña, la mayoría de los niños recibió leche materna como primer alimento (Tabla 7), lo que podría indicar que las estrategias que están implementando a favor de la lactancia dan resultados.

Tabla 7. Primer alimento de acuerdo al hospital de nacimiento

Alimento	Hospital*					Total
	HMI	HAO	HLIGT	HRBJ	Otros	
Lactancia materna	34	5	5	2	3	49
Fórmula	4	6	4	1	3	18
No sabe	0	2	0	0	1	3
Total	38	13	9	3	7	70

*HMI: Hospital Materno Infantil, HAO: Hospital General Dr. Agustín O'Horán, HLIGT: Hospital Lic. Ignacio García Téllez (IMSS), HRBJ: Hospital Regional Benito Juárez (IMSS).

En la Tabla 8 se presenta cuál fue el primer alimento brindado en relación al tipo de nacimiento de las crías; del total de niños nacidos por vía vaginal (42), 88%

recibieron leche materna como primer alimento, a diferencia de los que nacieron por cesárea (28), a los que se les brindó LM en menos de la mitad de los casos.

Tabla 8. Primer alimento de acuerdo al tipo de nacimiento

Alimentación	Tipo de nacimiento		Total
	Parto	Cesárea	
Leche materna	36	13	49
Fórmula	5	13	18
No sabe	1	2	3
Total	42	28	70

La mayor parte de las mujeres (89%) viven en pareja, ya sea casadas o en unión libre, 11% se encuentran solteras o separadas, lo que nos indica la presencia o ausencia de esta figura, que la literatura señala como de importancia en el apoyo de la LM.

La mayoría de las mujeres (81.4%) se dedica exclusivamente a las labores domésticas y el cuidado familiar. Sólo el 7.1% mencionó estar laborando formalmente al momento de la encuesta (Tabla 9). Cabe señalar que las mujeres que trabajan, ya sea como empleadas o en negocios familiares, también realizan actividades del hogar.

Tabla 9. Situación ocupacional de las madres

Ocupación	Frecuencia	%
Labores domésticas	57	81.4
Negocio familiar	5	7.1
Empleo formal	5	7.1
Periodo de descanso*	2	2.9
Estudiante	1	1.4
Total	70	100.0

*Periodo de descanso: Una mujer se encontraba en licencia de maternidad de su empleo formal y otra en un descanso auto asignado en su negocio.

Una de cada cinco participantes no concluyeron la educación básica y dos de cada cinco abandonaron sus estudios posterior a la finalización de la secundaria. Un poco más de un tercio (36%) de las participantes reportaron preparatoria trunca o terminada, y tres mujeres (4%) concluyeron sus estudios de licenciatura (Tabla 10). Esta información denota que la mayoría de la muestra (60%) posee un nivel educativo bajo (secundaria o menor).

Tabla 10. Escolaridad materna

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria		
Trunca	3	4.3
Terminada	4	5.7
Secundaria		
Trunca	7	10.0
Terminada	28	40.0
Preparatoria		
Trunca	14	20.0
Terminada	11	15.7
Licenciatura	3	4.3
Total	70	100.0

En cuanto a la vivienda, la mayoría de las participantes (66%) manifestó estar habitando en casa de familiares, que en gran medida resultaron ser sus padres o suegros; solamente en 19% de los casos reportaron vivir en una casa propia y completamente pagada, lo que implica que la madre desarrolla la LM y/u otras prácticas de alimentación infantil, en un ambiente de familia extendida, en el cual los miembros podrían o no, tener influencia en dichas prácticas (Tabla 11).

Tabla 11. Pertenencia de la vivienda

Vivienda	Frecuencia	%
Propia y pagada	13	18.6
Propia pagando	5	7.1
Rentada	5	7.1
Vive con familiar	46	65.7
Otra	1	1.4
Total	70	100.0

También se registraron los servicios con los que cuentan las participantes en sus hogares, resultando que, a pesar de que el 96% de las casas tiene baño o letrina, el porcentaje de presencia de drenaje, sumideros o fosas sépticas es menor. Lo anterior, además de ser un indicador socioeconómico, muestra que, aunque se trata de una minoría de casos, en estas casas hay riesgos sanitarios, que se podrían potenciar gravemente en el caso de que los niños consumieran fórmula y ésta fuera preparada en el hogar.

Tabla 12. Presencia de servicios en los hogares

Servicios	Frecuencia	%
Dre/Sum/Fos*	62	88.5
Agua entubada	67	95.7
Baño o letrina	67	95.7
Electricidad	68	97.1
Televisión	68	97.1
Internet	12	17.1
A. Aco**	8	11.1

N=70

* Dre/Sum/Fos:Drenaje, sumidero o fosa séptica, ** A. Aco: Aire acondicionado.

Segunda etapa

Las participantes de la segunda fase de la investigación fueron elegidas a conveniencia; se pensó en que existiera heterogeneidad en los factores maternos selectos para el estudio. Se seleccionaron según:

1. Número de hijos: Dos mujeres con un hijo y dos que presentaban el mayor número (4 y 5 hijos).
2. Edad. La más joven (13 años), la segunda mayor (37 años) y a dos que estuvieran en la media. (23 años).
3. Estado civil: Una mujer de cada categoría (soltera, unión libre, casada y separada).
4. Ocupación: Una mujer dedicada a labores domésticas, una encargada de un negocio familiar y una con empleo formal.
5. Escolaridad: Una con el nivel más bajo (primaria trunca) y otra con el más alto (licenciatura).

6. Servicios del hogar: A la mujer con mayor número de servicios (7), a la mujer con menor número (1). Los servicios son los presentados anteriormente en la Tabla 12.

Para mantener la confidencialidad de las participantes se asignó un pseudónimo a cada mujer, utilizando como inicial 20 diferentes letras del abecedario.

La edad de la mayor parte de las crías se encontraba entre tres y seis meses (Tabla 13), por lo que, según las recomendaciones de la OMS, están en edad de recibir LME. Durante los dos primeros meses de recolección de datos, el trabajo de campo se realizó exclusivamente en el Hospital de la Amistad Corea-México, por lo que al momento de empezar las entrevistas ya había pasado un lapso considerable, y no se pudo tomar en cuenta la heterogeneidad en las edades de las crías para la elección de las participantes.

Tabla 13. Edad en meses de las crías al momento de la entrevista

Edad	Frecuencia	%
<1	1	5.0
>1 -<3	3	15.0
>3 <4	5	25.0
>4 <5	6	30.0
>5 <6	5	25.0
Total	20	100.0

A continuación se presentan datos sobre la edad de los niños al momento de la entrevista a sus madres, así como el tipo de alimentación (Tabla 14). Lo que se puede observar es que la mayoría de los niños tenían entre tres y seis meses,

categorías en las que se encontraron aquellos con LME. También se observa que el mayor número (3 de 5) de niños a los cuales se les había empezado a dar sólidos se encontraban entre los cinco y seis meses de edad. Solamente 3 de los 20 niños, recibían LME, como recomienda la OMS para niños menores de seis meses.

Tabla 14. Tipo de alimentación con respecto a la edad

Alimentación	Edad					Total
	<1	2-<3	3-<4	4-<5	5-6	
LME*	0	0	1	1	1	3
LM Mixta**	1	3	2	4	0	10
Fórmula	0	0	1	0	1	2
LM Mixta Y Sólidos	0	0	1	1	3	5
Total	1	3	5	6	5	20

LME: Lactancia materna exclusiva, LM Mixta=lactancia materna mixta

La categorización de la Tabla 15 se hizo de acuerdo al modo en que las madres expresaban sus respuestas. La pregunta fue el tiempo transcurrido del nacimiento de la cría a la introducción de fórmula como parte de su alimentación habitual. Casi en la mitad (47%) de los casos ocurrió en el primer día de vida, y casi tres cuartas partes de las crías dejaron de recibir LME durante los primeros quince días de nacidos, lo que significa que en la mayoría de los casos, se mantiene LME menos del 10% del tiempo que recomienda la OMS.

Tabla 15. Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la introducción de fórmula como alimento habitual

Tiempo de nacido- Introducción de fórmula	Frecuencia	%	% acumulado
Primer día	8	47.1	47.1
Durante primera semana	2	11.8	58.8
A los quince días	2	11.8	70.6
Al mes	1	5.9	76.5
A los dos meses	2	11.8	88.2
A los tres meses	2	11.8	100
Total	17	100.0	

Las sesiones en los niños con LME son más numerosas (de 10 a 17) y los intervalos entre éstas son más cortos (entre .33 y 3 horas), a comparación de lo reportado en otros niños tratándose de sesiones que impliquen LM y otro tipo de alimentos (Tabla 16).

Tabla 16. Características de las sesiones alimentarias

Tipo de alimentación	Número de sesiones		Intervalo de sesión (horas)	
	Mín	Máx	Mín	Máx
LME* (n=3)	10	17	0.33	3.0
LMix** (n=10)	9	12	1.00	6.0
Fórmula (n=2)	6	8	2.00	6.0
LMix y sólidos (n=5)	8	13	0.50	7.0

*LME: Lactancia materna exclusiva, **LMix: Lactancia mixta

Estas diferencias se hacen más evidentes cuando se habla únicamente de sesiones de LM (Tabla 17), pues los niños con lactancia mixta, y lactancia mixta y sólidos presentan solamente de 2 a 8 y de 2 a 4 sesiones de LM respectivamente.

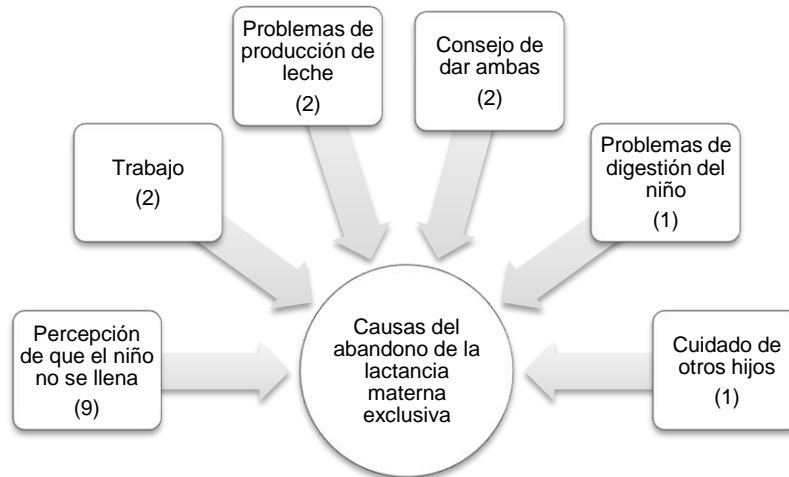
Tabla 17. Características de las sesiones de lactancia materna

En niños con:	Número de sesiones de LM		Intervalo de sesión (horas)	
	Mín	Máx	Mín	Máx
LME* (n=3)	10	17	0.33	3.0
LMix** (n=10)	2	8	1.00	12.0
LMix y sólidos (n=5)	2	4	2.00	9.0

*LME: Lactancia materna exclusiva, **LMix: Lactancia mixta

Como se mencionó anteriormente, fueron diez madres las que brindaron lactancia materna junto con fórmula a sus crías, es decir, se interrumpió la LME. La principal causa de interrupción de la lactancia materna exclusiva fue porque las madres percibieron que el niño no se llenaba (Figura 2), y el llanto fue el signo principal de esta falta de saciedad. La siguiente cita ejemplifica lo anterior: *"Sí me salía leche pero no se llenaba, cuando cumplió 5 meses sí lo agarraba pero luego lloraba... no se llenaba"* (Paty, 23 años).

Figura 2. Motivos de la lactancia materna no exclusiva, n=20



Los datos de la Figura 2, así como los de las Tablas 16 y 17, plantean la interrogante de si la frecuencia y duración de las sesiones de LM tuvieron influencia en la percepción de saciedad de la cría. La pregunta no fue incluida como tal en los instrumentos, pero las respuestas de las mujeres podrían denotar dicha influencia. Además, la elección de las madres de brindar fórmula o ablactar de manera temprana como estrategia para saciar el hambre de las crías fue influida, dependiendo de cada caso, por miembros de la familia o personal de salud: *“Primero le doy pecho y luego le doy fórmula para terminar de llenarla...tenía (leche) pero poquito. [...] Siento que no se llena porque después de darle está lloré y lloré”* (Olga, 22 años). *“Pues cuando nació primero hizo pecho,*

pero a las 5 horas como no se llenaba pues en la clínica me dijeron que había que darle fórmula” (Fabiola, 17 años).

Dieciocho de las 20 mujeres (90%) opinaron que la edad de las madres no es un factor que afecte directamente la lactancia materna o alguna de sus características, agregando en este apartado, que hay cosas más importantes como la alimentación, la experiencia y la herencia de cada madre.

Una mujer dijo no estar segura si la edad afecta o no, y otra mencionó que sí pudiera tener influencia en la producción. *“Sí, las mamás más chicas no tienen leche en los pechos y en las grandes creo que se les hace más fácil” (Gaby, 16 años).*

Sin embargo, se tomaron en cuenta las medias de edad registradas (23.5 y 23 años en el total de mujeres y la submuestra respectivamente) y se utilizó este dato para hacer una breve comparación entre el tipo de alimentación de sus bebés, encontrando que las tres con LME se encontraban por encima de ambas medias de edad (tenían 26, 27 y 32 años).

En cuanto a los efectos de la paridad sobre la lactancia, las principales respuestas incluyen la experiencia que poseen las madres multíparas como factor favorable para el éxito en LM (Tabla 18). Esto probablemente se deba a considerar que las prácticas aplicadas con hijos anteriores proporcionaron aprendizajes que le dan ventaja a la nueva cría. También se mencionó que un mayor número de hijos significa mayor responsabilidad en cuanto a cuidados y responsabilidades en el hogar, por lo que disminuye el tiempo que la madre dedica

a la LM. Sólo una madre relacionó una mayor paridad con la producción de leche, manifestando que, bajo su razonamiento, las mujeres con más hijos tendrían el cuerpo más preparado.

Tabla 18. Percepción de la influencia de la paridad en la lactancia materna

Categorías	Frecuencia	%
>Paridad → > experiencia	9	45
>Paridad → < disponibilidad	2	10
Combinación de experiencia y disponibilidad	4	20
La paridad no influye	2	10
No sabe	2	10
>Paridad → producción de leche	1	5
Total	20	100

A pesar de la mención general de que la experiencia puede jugar un papel primordial en la lactancia materna, algunas madres con más de un hijo mencionan que el éxito o no en la lactancia depende, en gran medida, de las características comen más.

Entre las madres que conocen alguna técnica para mejorar la lactancia se identificaron tres categorías: técnicas manuales que sirven para favorecer la producción y salida de la leche, técnicas que sirven para colocar el cuerpo y boca del niño en una posición favorable y cómoda, y las que sirven para evitar o curar lesiones en los pezones (Tabla 19). Si bien la mayoría (17/20) de las mujeres conoce alguna técnica que favorece LM, solamente dos conocen dos o más técnicas, lo que implica carencia de información al respecto.

Tabla 19. Tipos de técnicas conocidas para favorecer la lactancia

Categoría	Frecuencia	%
Producción de leche	6	30
Posiciones para la madre y el bebé	6	30
Evitar y curar lesiones	3	15
Combinación de dos o más técnicas	2	10
No saben	3	15
Total	20	100

De las 17 mujeres que conocen técnicas, la mayoría (15) mencionó que fueron aprendidas del personal de salud y las han aplicado, doce de éstas reportan que funcionan.

Solamente nueve de las mujeres (45%) conocen métodos para extraerse leche; de éstas, tres suelen hacerlo frecuentemente para guardarla para otro momento o dejar reservas cuando tienen que salir de casa y no pueden llevar a sus bebés. También existieron dos casos de madres que lo intentaron pero tuvieron una experiencia dolorosa.

Más de la mitad de las mujeres (11) mencionaron la importancia de una buena alimentación y/o beber suficientes líquidos para aumentar su producción de leche. En el mismo sentido, seis reportaron los baños con hoja de naranja

“sancochada”³ como un método que ayuda a iniciar la salida de leche, o a mejorar la producción (Tabla 20).

Tabla 20. Prácticas para aumentar la producción de leche

Categoría	Frecuencia	%
Beber suficientes líquidos (agua, atole, caldos)	10	50
Baños con hojas de naranja	4	20
Buena alimentación	1	5
Beber cerveza negra	1	5
Combinación de dos o más de las anteriores	4	20
Total	20	100

Beber líquidos fue referido como de gran importancia para la producción de leche *"Depende de cómo consumes el agua, yo tomo hasta cinco litros de agua"* (Laura, 26 años). El bañarse y/o pegarse hojas de naranja hervidas en los pechos, así como una buena alimentación también fueron acciones reportadas como exitosas.

[Me dijeron que ayuda] "que te laves los pechos con hojas de naranja hervidas, y es lo que hice con esta bebé, que no tenía mucho y apenas salía, lo hice y al día siguiente ya estaban llenos mis pechos". Olga, 22 años

"Es más que nada cómo te alimentas, si te alimentas bien vas a producir bien y tu leche va a estar bien...ahora si comes chatarra no es igual". Ema, 27 años

³ Sancochar: Cocer completamente un alimento en agua RAE. 2001. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española ed. Madrid, España.

Los consejos sobre producción en la mayoría de los casos fueron dados por madres, suegras u otros miembros de la familia.

En relación a las prácticas que se considera afectan la producción de leche, la mayoría de las mujeres que respondió la pregunta distingue la mala alimentación y las corrientes de aire frío y lluvia (en ambos casos con 27%) como factores que pueden disminuir o interrumpir la producción de leche, aunque en el último caso no están seguras de la veracidad de dicho argumento (Tabla 21). Otros factores mencionados son: hacer corajes, comer aguacate, consumir bebidas alcohólicas, medicarse y bajo consumo de agua.

Tabla 21. Prácticas que disminuyen la producción de leche materna (n=11)*

Categoría	Frecuencia	%
Corrientes de aire frío	3	27.2
mojarse en la lluvia		
Mala alimentación	3	27.2
Otros**	5	45.5

*n es igual a 11 pues nueve personas no respondieron la pregunta

**Otros=Hacer coraje, comer aguacate, consumir bebidas alcohólicas, medicamentos, bajo consumo de agua.

Los siguientes comentarios sobre las prácticas de lactancia, refuerzan lo reportado en la Tabla 21:

"Dicen que si te da el viento o si te mojas ya no produces [leche], pero a mí ya me ha pasado de todo y no creo que influya... Dicen que no debes de tomar helado, pero también lo hago y no pasa nada". Ema, 27 años

"Me decían que hacer bilis puede hacer que se corte mi leche, y si no se corta le da hasta diarrea [se ríe], yo hice coraje y con trabajo salía, luego empezó a darle cólicos y diarrea [a su bebé]". Olga, 24 años

Al igual que en los aprendizajes sobre aumento en la producción de leche, en este rubro la principal influencia fueron miembros de la familia como la madre, suegra o cuñadas.

En los conocimientos que las mujeres tienen sobre lactancia, así como las decisiones que pueden o no derivar de éstos, influyen diferentes personas: madres, suegras, personal de salud, etc.; en algunos casos hay un personaje con mayor influencia, en otros casos puede existir una combinación de dos o más personas. Tal como se observa (Tabla 22), las personas que más influyen en las prácticas de LM son las madres y suegras (40%).

Tabla 22. Consejeros en las prácticas de lactancia materna

Consejeros	Frecuencia	%
Madre y Suegra	8	40
Otros miembros de la familia*	4	20
Personal de salud	2	10
Combinación de personal de salud y familia	5	25
Búsqueda autodidacta de información	1	5
Total	20	100

*: Cuñadas, hermanas o esposo.

"Aprendí de mi mamá [sobre cómo alimentar a mi hijo], ella me dijo cómo nos criaba a nosotros porque allá en el hospital te hablan

diferente, con otras palabras, y yo estoy más apegada a lo que me dice ella". Margarita, 22 años

Los conocimientos maternos son el resultado su análisis sobre la información que obtuvieron por diversas fuentes, o por experiencia propia; refleja lo que ellas consideran correcto entre toda la información existente en su entorno.

Además en el caso de las parejas, las mujeres mencionaron que perciben que están de acuerdo en que amamanten; en un caso está muy consciente de las diferencias de la salud entre los hijos amamantados y los que no reciben leche materna. A pesar de esto las participantes consideran que su participación en las actividades de alimentación infantil es prácticamente nula.

Tabla 23. Concordancia de los conocimientos maternos con algunas recomendaciones (n=20)*

Conocimiento	Acorde a la recomendación	
	Sí	No
Primer alimento	19	1
Duración LME**	15	5
Continuación de la LM***	9	11

*Recomendaciones: Se refiere a las de la OMS. **LME= Lactancia materna exclusiva.

***LM=Lactancia materna

Diecinueve de las veinte mujeres reconocieron la leche materna como el primer alimento recomendado para las crías. La que no lo hizo mencionó que se les puede dar tanto fórmula como leche materna, además de proporcionar la

siguiente información: *"Como yo siempre en (hospitales) particulares he aliviado⁴, leche [de fórmula] le dan primero, para que cuando yo regrese de la anestesia les de pecho"* (Juana, 25 años).

En la duración de la lactancia materna exclusiva, 15 mujeres conocen la recomendación de LME. Menos de la mitad de ellas identifica que lo óptimo es continuar con la lactancia materna incluso después de la ablactación, preferiblemente hasta los dos años o más.

La información que se obtiene de las diferentes fuentes puede resultar contradictoria y generar confusión en las mujeres. En el análisis de consejos otorgados a las madres lactantes se encontró que tanto las recomendaciones proporcionadas por miembros de la familia, como aquellas brindadas por el personal de salud tienen aciertos y desaciertos, en términos de lo propuesto por la OMS. Es por eso que en la Tabla 24 se abordan los aciertos y desaciertos de los consejos emitidos por las personas que influyen en la LM. El personal de salud en la mayoría de los casos apoya la LM y conoce las recomendaciones, aconseja el uso de fórmulas en caso de cesárea y/o PILM, probablemente porque desconocen cómo actuar en estos casos o por sus creencias personales. En el caso de los familiares, se observa que a pesar de que apoyan la LM con consejos para favorecer la producción de leche, también consideran que por sí sola no es suficiente y recomiendan la introducción de fórmula. En el caso de las mujeres de mayor edad, miembros de la familia, podría deberse a que cuando fueron madres

⁴ Aliviar: Dar a luz (parir). RAE. 2001. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española ed. Madrid, España.

lactantes estuvieron expuestas a recomendaciones diferentes a las actuales, o quizá son resultado de percepciones de su propia experiencia. .

Tabla 24. Aciertos y desaciertos de los consejos relacionados con el primer alimento de las crías y la lactancia materna exclusiva (LME) proporcionados por personal de salud y familiares

Tema	Personal de salud		Familiares*	
	Aciertos	Desaciertos	Aciertos	Desaciertos
Primer alimento	En la mayoría de los casos promueven el inicio temprano de LM.	En los casos de cesárea, o PILM temprana, pueden promover o aceptar la decisión materna de dar fórmula, así como brindarla sin su consentimiento.	Suelen dar consejos para una “bajada” de leche exitosa.	Si consideran que la leche materna es insuficiente, recomiendan el uso de fórmula.
LME	En la mayoría de los casos conocen las recomendaciones de la OMS Conocen de manera general técnicas para favorecer LM	Hubo casos en los que las creencias particulares de los profesionales de la salud influyeron más que las recomendaciones de la OMS. Los conocimientos sobre técnicas favorecedoras de LM se vieron mermados ante una PILM fuerte.	En un caso, los consejos familiares evitaron la ablactación temprana a causa de un consejo profesional erróneo.	Aunque conocen los beneficios de LM, no comprenden la importancia de LME y recomiendan el uso de fórmulas, en algunos casos ejercen presión, sobre la madre y el personal de salud.

*Madres, suegras, cuñadas, esposo, etc.; PILM: percepción de insuficiente leche materna; OMS: Organización Mundial de la Salud; LM: lactancia materna

Existen opiniones del personal de salud que pueden ser discordantes con lo propuesto por la OMS. Lo anterior puede generar dudas y desconcierto en las mujeres, y provocar la interrupción de la lactancia materna exclusiva:

“Lo que pasa es que me dijo el pediatra que la leche de por sí había que dársela para que vayan entendiendo, porque si no ya no te agarran la leche en polvo después y sólo quieren pecho y da trabajo, por eso mejor lo combino, pero definitivamente le gusta más el pecho [...] En el hospital me dijeron desde que nació que le tenía que dar agua porque si no se deshidrata por el calor, y me dicen que hay niños que se quedan amarillos porque no consumen el agua”. Juana, 25 años

Una de las mujeres que amamanta de manera exclusiva, proporcionó la siguiente información, una vivencia con uno de sus hijos anteriores:

"Hay doctores que te dicen que le debes de dar chuchú⁵ hasta después del año pero en el centro de salud me dijeron (por el nutriólogo) que sólo es sangre después del año, como que no tiene alimento, pero yo le seguí dando". Laura, 26 años

También los consejos de algunos miembros de la familia estuvieron fuera de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud: *“[Mi hijo] está llora y llora, y mi cuñada me dijo que le de leche y fueron a comprarle su lata [de leche de fórmula]”* (Carmen, 17 años).

Algo similar a lo anterior se observa en el siguiente caso: *“Como con mi primer hijo no producía [leche] su abuela le tuvo que dar agua con azúcar cuando lo traje a la casa, y así estuvo hasta que ya empezó a salir bien [la leche]”*. Yolanda, 27 años.

⁵ Chuchú: Se refiere al seno materno (le dio chuchú) o a la acción de amamantar o ser amamantado (hacer chuchú).

Entre los miembros de la familia suele haber opiniones contrarias, tal como lo refleja la siguiente cita:

"Le comenté a mi mamá que le comencé a dar Danonino[®] y me dijo que no es bueno que yo se lo de ahorita, que porque puede hacer que le de asma... que así le pasa a los bebés pequeños, que eso es para niños más grandes... mi suegra dice que sí es bueno". Gaby, 16 años

De igual manera, la información entre personal de salud y familia puede ser diferente, ocasionando que las mujeres tengan que elegir entre una u otra:

"Cuando fui al doctor, él me dijo que a los 4 meses le podía dar verduras para que tenga más fuerza, pero yo no se lo di a esa edad porque mis cuñadas me dijeron que aún no, así que no lo hice". Ileana, 20 años

"En el hospital te dicen que les des sólo pecho hasta los 6 meses, pero luego llegas a la casa y a veces te dicen que cuando tengan un mes les des atole o su leche". Ema, 27 años

De las 20 mujeres entrevistadas en la segunda etapa, 12 se dedicaban exclusivamente a las labores domésticas y cuidado familiar, cuatro apoyaban a la pareja en un negocio familiar, tres tenían empleo formal (una con licencia de maternidad) y otra era estudiante. Ninguna de las crías de las mujeres que trabajaban, en el ámbito formal o informal, recibía LME.

Las dos mujeres que se encontraban laborando formalmente al entrevistarlas, presentaron una menor frecuencia de amamantamiento en comparación con los datos generales presentados en la Tabla 17; ambas registraron dos sesiones.

Además de que el número de sesiones de lactancia materna fue menor en estas diadas, también fue más frecuente que algún miembro de la familia fuera responsable de la alimentación, porque en el horario laboral de las mujeres con empleo formal, les era imposible regresar a casa para alimentar a la cría, o llevarla con ellas.

Otras mujeres, a pesar de no estar trabajando formalmente al entrevistarles, proporcionaron experiencias pasadas o de personas conocidas.

"A mí no me afecta porque estoy aquí en la casa trabajando [haciendo piñatas], pero tengo otra hermana que cuando entró a trabajar le empezó a dar fórmula a su bebé, y cuando ella llegaba le quería dar pecho pero el bebé ya no lo agarraba". Delia, 17 años

"Cuando trabajaba, con mi primer hijo, pasaba muchas horas [fuera de casa], primero de 9 de la mañana a la 1 de la tarde, y con todo y protectores que usaba se manchaba [de leche] mi uniforme. Luego llegaba a mi casa para darle de comer y refrescarme y me volvía a ir...y así otra vez en la noche. Por eso él hizo poco tiempo pecho, porque no se lo daba seguido y ya no lo quería... se me secó". Hilda, 23 años

Amamantar en espacios públicos fue otro de los aspectos considerados, tres de cada cuatro participantes han amamantado en espacios públicos (Tabla 25); de las cinco que no lo hacen, cuatro mencionaron que no lo hacían porque casi nunca salen, pero que sí lo harían. Además, las madres que han lactado en dichos lugares, reportan no haber tenido malas experiencias ni haber recibido comentarios negativos por ello; sin embargo, dos de ellas mencionaron haber escuchado que conocidos suyos se expresaran mal sobre otras mujeres que amamantan en público; otras se han sentido preocupadas ante notas falsas en las redes sociales sobre la prohibición de amamantar en la vía pública o videos sobre mujeres que son cuestionadas e insultadas cuando son vistas amamantando.

Tabla 25. Mujeres que amamantan en espacios públicos (n=20)

Lo hacen	Frecuencia	%
Frecuentemente	12	60
Pocas veces	3	15
Nunca	5	25
Total	20	100

A continuación presento dos citas que expresan razones por las que algunas mujeres evitan amamantar fuera del hogar:

"Me ha tocado escuchar que a otras les dicen que no están en su casa o si no les dicen 'ay no, ya están grandes sus hijos, ya no les deben de dar'...cuando ya tienen un año ya las ven así como de que ya está grande su hijo". Alma, 20 años

"A veces me da miedo por las cosas que se dicen en internet de que les dicen cosas cuando las ven dando leche, pero a mí no me ha pasado". Margarita, 22 años

Más de la mitad de las madres (60%) no consideran el amamantar en espacios públicos o abiertos como una dificultad para el establecimiento o continuación de la lactancia, por el contrario, consideran que la sociedad de la ciudad de Mérida y del estado de Yucatán es amigable para la lactancia:

"Gracias a dios no me han dicho nada, porque yo digo que acá sí es más fácil, porque yo he visto a mamás que andan en bicicleta y su hijo está chupando y ellas están manejando como si nada...es muy diferente la gente de acá". Ileana, 20 años

Otras participantes consideraron que el sentir pena de que otras personas les vean los senos sí podría influir en su decisión de amamantar en un sitio abierto o lugares públicos; en algunos casos lo resuelven tapándose con una tela, y esto puede representar un punto crítico: si no pueden taparse prefieren esperar a llegar a su casa o dan fórmula:

"No me han dicho nada, ni creo que lo hagan pero me da pena, si lo hago pues pongo una tela para que se cubra. No lo hago no porque piense que me van a decir algo, hay mamás que sí lo hacen [amamantar sin cubrirse los senos] y no pasa nada, sólo me da pena". Karla, 26 años

"No he escuchado que traten mal a las mamás que dan pecho en la calle, pero yo sí veo mal que no se tapen, yo siempre me tapo y si no pues le doy fórmula y le doy chuchú hasta que llegue a mi casa". Carmen, 19 años.

Solo una mujer expresó una opinión completamente en contra de la lactancia materna en espacios públicos:

"Yo sólo en mi casa, por eso igual prefiero que ella (su hija) se acostumbre a los dos, tanto a la leche como al pecho porque en casa está bien, pero cuando voy a salir no me gusta, prefiero darle leche, me da pena". Juana, 25 años

Características de las mujeres que proporcionaron lactancia materna exclusiva

La información presentada en los apartados anteriores proporciona un panorama general acerca de las percepciones que las participantes tienen con relación a los factores que inciden en la lactancia. Sin embargo, para comprender de mejor manera el contexto de cada madre, abordaré brevemente los casos en los que sí se logró la LME.

Sandy

Mujer casada, de 32 años, con licenciatura terminada y dueña de negocio. Vive en el norte de la ciudad y actualmente se encuentra en un periodo de descanso laboral que ella decidió.

Menciona desconocer qué fue lo primero que consumió su hijo al nacer, quien nació por cesárea, pasaron varias horas entre el nacimiento y su primer contacto con su niño y no le brindaron información en el hospital; sin embargo reporta que está consciente de los beneficios de la lactancia, pues ha investigado

por cuenta propia cuál es la mejor manera de alimentarlo. Entre sus principales dificultades para amamantar identifica el miedo a cometer errores porque no tiene experiencia y el dolor en los pezones.

Laura

Mujer separada, de 26 años, con secundaria trunca y dedicada a las labores del hogar. Es madre de cinco hijos y vive al sur de la ciudad. A pesar de que su cría nació por cesárea, ella menciona que “pidió a su bebé” lo más pronto posible para darle LM.

Entre las dificultades que enfrenta está tener que encargarse de las labores del hogar y el cuidado de sus hijos; a pesar de eso ha amamantado ininterrumpidamente por 10 años, ya que con todos sus hijos ha tratado de mantener una lactancia prolongada, y las experiencias positivas que ha tenido con los hijos anteriores han sido más influyentes que las recomendaciones erróneas de miembros del personal de salud, entre las que estuvieron la introducción de fórmula, pues el nutriólogo de su unidad de salud consideraba que su leche materna era básicamente agua y sangre, y no aportaba los nutrientes necesarios para la edad de su hijo.

Teresa

Mujer casada, de 27 años, con licenciatura, laborando como ayudante de su esposo en un negocio familiar al lado de su hogar. Es madre de cuatro hijos y vive en un fraccionamiento cercano al centro de la ciudad. Su cría nació por parto, y se le brindó leche materna como principal alimento.

Teresa menciona que entre las mayores dificultades que enfrenta es combinar la lactancia con sus actividades en el hogar, el cuidado de sus otros hijos y desempeñarse como ayudante de su pareja en el negocio. A diferencia de Laura, ella no dio lactancia materna exclusiva a sus otros hijos. Menciona que le da darle leche materna a su hija menor porque la niña no quiso aceptar la fórmula.

En la Tabla 26 se resumen los factores favorables y retos que experimentaron estas tres mujeres en relación a la LME. A pesar de tener en común una edad mayor a la media, no lo consideran como un factor relevante en la LME. Aunque lo manifestaron de distintas formas, el factor favorable que tuvieron en común fue permanecer en el hogar (o cerca de él) para amamantar a sus bebés cuando fuera necesario.

Tabla 26. Factores favorables y retos en la lactancia materna exclusiva

	Factores favorables	Retos
Sandy	<ul style="list-style-type: none"> • Poder de decisión sobre su periodo de incapacidad • Acceso a la información 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexperiencia • Miedo • Dolor
Laura	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia • Permanencia en el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo • Consejos erróneos del personal de salud • Cuidado de otros hijos
Teresa	<ul style="list-style-type: none"> • Cercanía entre hogar y lugar de trabajo • Características de la cría 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de otros hijos • Organización de actividades domésticas y laborales.

DISCUSIÓN

El nacimiento por cesárea es uno de los factores que influyen negativamente en el inicio de la lactancia materna debido al contacto tardío entre la madre y su bebé. En este trabajo se encontró que cerca de la mitad (40%) de los niños de las mujeres participantes nacieron de esta forma, rebasando las tasas máximas recomendadas por la OMS (de 10 a 15%) (OMS, 2015b). De estos niños, menos de la mitad (46%), 13 de 28, recibieron leche materna como primer alimento, a diferencia de los nacidos por vía vaginal, a quienes les brindaron leche materna en el 75% de los casos. En los trabajos de Exavery *et al.* (2015) y Pérez-Escamilla *et al.* (1996) se reportan mayores riesgos en el inicio de la lactancia materna cuando los niños nacen por cesarea, lo que puede deberse al contacto tardío de madre e hijo, que es común después de la cesárea; también puede influir que las madres piensan que la anestesia puede dañar a la cría.

Para las participantes en este estudio la cesárea apareció como una causa principal del fracaso para iniciar la LM, inclusive en los casos en los cuales las madres estaban informadas y planeaban hacerlo, como sugiere la OMS. Mencionaron que el personal no les consultó su opinión antes de brindar fórmula a sus hijos; esta falta de control sobre las prácticas tempranas de alimentación coincide con lo que plantean Chaplin *et al.* (2016).

En mi trabajo, el primer alimento proporcionado fue, generalmente, leche materna (70%). Una parte de las mujeres encuestadas en la primera etapa de la

investigación que proporcionaban lactancia mixta o sólo fórmula a su bebé mencionaron que “nunca produjeron suficiente” leche. De las mujeres entrevistadas en la segunda etapa que brindaban fórmula a sus crías (17) cerca de la mitad (47%) lo hicieron durante el primer día y nunca establecieron la LME. Este resultado concuerda con el obtenido en el estudio realizado por Forster et al. (2015) en Australia, con 924 mujeres, en el cual registraron que las prácticas de lactancia de las primeras 48 horas de vida del niño afectan el desarrollo y mantenimiento de la LME. En este sentido, Chantry et al. (2014) en su estudio realizado en California, con 393 mujeres primíparas, mencionan que entre las madres que sí mostraban intenciones de proporcionar LME, hubo hasta dos veces más de riesgo de no poder hacerlo si en el hospital le dieron fórmula a su hijo. No pregunté directamente sobre las intenciones que las mujeres tenían sobre amamantar, pero algunas de ellas manifestaron que el primer alimento de sus hijos no estuvo completamente bajo su control, y esto afectó las prácticas futuras.

En este estudio, el hospital donde se brindó en mayor porcentaje leche materna como primer alimento fue en el Materno-Infantil (89.5%), certificado por la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña; estos resultados, a pesar de estar basados en una muestra muy pequeña, coinciden con lo encontrado en las revisiones de Hawkins (2015) y de Howe-Heyman y Lutenbacher (2016), las cuales dieron como resultado que las acciones de instituciones como ésta contribuyen a mejorar las tasas de iniciación y duración de la lactancia, sobre todo en aquellas madres en desventaja socioeconómica y con menor nivel de educación formal.

Un aspecto importante a tratar en este trabajo fue cómo se relacionan los conocimientos de las mujeres y las recomendaciones de la OMS sobre lactancia. Chatman *et al.* (2004) en su estudio realizado en 2003 con 599 mujeres de una comunidad rural de Jamaica, reportan que no existieron diferencias significativas entre los conocimientos de las recomendaciones de la OMS de aquellas madres que amamantaban exclusivamente y las que no. En nuestra investigación, la mayoría de las mujeres conocen las recomendaciones pero eso no es un factor primordial en el establecimiento y continuidad de la lactancia, ya que como mencioné anteriormente, las prácticas tempranas hospitalarias juegan un papel importante; a esto habría que agregar el papel de los consejos proporcionados durante los primeros meses de vida del hijo, ya sea por miembros de la familia o personal de salud; como se retomará más adelante.

Como se reporta en la literatura (Gatti, 2008; Robert *et al.*, 2014; Sacco *et al.*, 2006), en mi trabajo también se encuentra que una de las principales razones por las que las madres introdujeron fórmula a la alimentación de sus hijos fue su percepción de insuficiencia de leche a partir de señales del hijo, como el llanto.

En el caso de la edad y paridad, trabajos con enfoques cuantitativos (Ertem *et al.*, 2001; Guendelman *et al.*, 2009; Piperata y Mattern, 2011) han encontrado una asociación positiva entre estas variables y mejores prácticas de lactancia materna infantil. En mi trabajo, de carácter cualitativo, las mujeres no percibieron que la edad sea un factor que influya, sin embargo, las tres mujeres que durante las entrevistas semiestructuradas refirieron alimentar a sus hijos exclusivamente con leche materna tenían edades por encima de la media total. A

diferencia de mi trabajo, en el estudio de Jara-Palacios *et al* (2015) se encontró que las mujeres adolescentes, de 14 a 19 años de edad, tenían porcentajes de lactancia materna exclusiva más altos que las mujeres de otros grupos de edad; los autores mencionados asociaron este resultados a la orientación que recibían las mujeres al pertenecer a un lugar urbano. A diferencia de esta interpretación, encontré que la edad influía indirectamente, ya que los factores de éxito percibidos por las mujeres con lactancia materna exclusiva fueron la experiencia, acceso a la información y las características de la cría.

Las mujeres participantes en mi estudio percibieron que aquellas madres con mayor paridad pueden tener mayor experiencia en la lactancia, y dos de las tres que brindaban lactancia materna exclusiva eran multíparas, lo que concuerda con Bai *et al.* (2015) quienes, en su estudio realizado en Hong Kong, con 511 mujeres multíparas, encontraron que las experiencias positivas y la lactancia prolongada con la cría anterior favorecen las prácticas con la actual.

La mayoría de las participantes en mi trabajo vivía en un contexto de familia extendida y recibieron consejos de las mujeres mayores con quienes comparten su hogar; las prácticas de lactancia pueden verse influenciadas por estos consejos, ya sea mejorándolas (con consejos para producir más leche y posicionar al niño) o vulnerándolas, al sugerir la introducción de fórmula o alimentos sólidos; lo anterior coincide con el estudio de Talbert *et al.* (2016).

En mi trabajo se registraron casos en los que personal de salud aconsejó a las mujeres de acuerdo a las sugerencias de la OMS, pero también hubo otros en

los que recomendaron la introducción temprana de fórmula, pues consideraron que la LM ya no era suficiente. En ese sentido una mujer reportó que el nutriólogo de su unidad de salud consideró que al darle el seno, sólo le estaba brindando sangre a su cría; Reyes y Cervera (2013) reportaron algo similar, en su estudio indican que fue la nutrióloga asignada a la comunidad quién directamente hizo el comentario.

La mayoría de las mujeres (90%) no refiere tomar en cuenta las opiniones de las parejas con respecto a la lactancia, aunque perciben que ellos la consideran como algo bueno, ya que algunos han sido testigos de que los niños alimentados con leche materna por más tiempo se enferman menos. Pese a esto, la participación de las parejas en las actividades para la alimentación es prácticamente nula debido a sus actividades laborales, y cuando colaboran no es para apoyar la lactancia materna, sino preparando y dando fórmula a los niños. Mis resultados coinciden con lo referido por Mitchell-Box y Braun (2012) y Brown y Davies (2014) pues, en el primer caso, las parejas conocían los beneficios de la lactancia pero sus opiniones no eran contempladas en las decisiones en torno de ella y, en el segundo, se reporta que los padres sugirieron que se les tome en cuenta en las actividades de educación relacionadas con la lactancia.

Los consejos que las mujeres de mi estudio aplicaron para la producción de leche están relacionados, en la mayoría de los casos, con aumentar el consumo de líquidos como agua sola, atole, avena y caldos, y con una buena alimentación, algo similar a los resultados reportados por Sacco *et al.* (2006) y Reyes y Cervera (2013), ambos en población mexicana, siendo el último específicamente en una

población rural yucateca. Por otro lado, algunas de las participantes en mi trabajo también mencionaron que existen ciertas acciones que pueden disminuir su producción de leche o comprometer su calidad, como exponerse a corrientes de aire frío, mojarse en la lluvia, tener una mala alimentación y hacer corajes, que también reportan autores como Guendelman y colaboradores (2009), Reyes y Cervera (2013) y Good (1988)-. Pienso que en mis resultados, como en los de Reyes y Cervera (2013) se manifiesta la creencia, muy extendida en México y de origen prehispánico, de que lo caliente promueve la producción de leche materna, y lo frío la disminuye.

En relación con la estructura de la LM, en la segunda fase del estudio encontré que las tres madres que practicaban LME tuvieron mayor frecuencia de sesiones que aquellas con lactancia mixta y/o sólidos. Estas últimas manifestaron la PILM como una de las causas principales para introducir fórmulas lácteas o alimentos, percepción similar que en el estudio de Sacco *et al.* (2006), era identificada a través del llanto de la cría. En mi trabajo, aunque no se incluyó desde el principio este aspecto, las mismas características de la LME (alta frecuencia e intervalos cortos entre una sesión y otra) pueden ser causantes de PILM, cuando no existe información adecuada sobre LM a libre demanda y sus implicaciones. Por otro lado, las mujeres con empleos formales tienen menor número de sesiones de lactancia materna, con duración menor e intervalos más amplios entre una y otra, cuestión que se equipara a lo encontrado por Piperata y Mattern (2011). Estos autores refieren que las mujeres trabajadoras disminuyen el tiempo invertido en la lactancia, aunque trabajen cerca de donde su cría está;

resultados similares fueron reportados por Angeletti (2009), quien menciona que las mujeres participantes en su estudio conocen casos o han vivido personalmente situaciones bochornosas como escurrimientos de leche en el trabajo y dolor en los senos por no poder amamantar o realizarse extracciones durante las jornadas laborales.

Una de cada tres de las mujeres que participaron en mi estudio, refirieron haber amamantado en espacios públicos sin ningún problema, y consideran a Mérida como un lugar tranquilo y amigable para amamantar en público. Sin embargo, algunas han escuchado críticas hacia otras mujeres, sobre todo cuando se considera que la edad del hijo amamantado es mayor a la “adecuada”; esto último coincide con lo que refiere Britton (2003) en el libro sobre los contextos sociales que afectan la lactancia materna, argumentando que hay una señalización hacia la mujer cuando amamanta de manera prolongada, porque la sociedad sugiere que cuando al niño le han salido los dientes ya es demasiado grande para esta práctica.

Por otro lado, las mujeres participantes en mi estudio consideran que amamantar en público sin cubrirse es incorrecto, y si no pueden hacerlo es mejor esperar a llegar a casa o proporcionar fórmula al niño. En el mismo sentido, Desmond y Meaney (2016) registraron que entre sus participantes había preocupación por cubrirse al amamantar, por vergüenza de que sus senos sean expuestos, o temor a ser juzgadas. Esto resulta importante porque la temperatura alta que se registra en Mérida podría influir en los niños, rechazar ser cubiertos, y las madres optar por no amamantar al salir.

CONCLUSIONES

La cesárea se dio en el 40% de los 70 casos y fue un factor percibido de gran influencia para el inicio temprano de la lactancia y su continuidad.

La mayoría de las participantes (63/70) no consideró que la edad materna influyera ni en la lactancia materna ni en la lactancia materna exclusiva; sin embargo las mujeres que brindaban este último tipo de alimentación al momento de la entrevista tuvieron una edad superior a la media, tanto de las participantes en la etapa cuantitativa como las de la etapa cualitativa.

La paridad fue percibida como un factor que influye positiva o negativamente la lactancia; por un lado la mayor paridad es considerada como fuente de experiencia, por otro, el cuidado de dos o más hijos limita el tiempo que se dispone para la lactancia. Dos de las tres mujeres que amamantaban de manera exclusiva tenían otros hijos, aunque sólo una lo asoció con el éxito en la lactancia materna exclusiva.

La percepción de insuficiencia de leche materna es decisiva en la introducción temprana de fórmula y alimentos sólidos en la dieta de los bebés. Las mujeres interpretan que los niños se quedan con hambre cuando lloran o quieren estar pegados al seno materno frecuentemente. Cabe mencionar que el intervalo entre sesiones de lactancia en aquellos podía ser de 20 minutos y cada sesión podía durar más de una hora, mientras los niños alimentados con fórmula tienen intervalos más amplios. Entonces las características propias de la estructura de la

lactancia que las mujeres que lactan de manera exclusiva consideran como normales, pueden ser interpretadas por otras madres como insuficiencia de leche materna, sobre todo si no se conoce o tiene experiencia lactando a libre demanda.

Los consejos del personal de salud parecieron, en algunas ocasiones, confusos a las mujeres participantes, llegando a ser inclusive contrarios a las recomendaciones de la OMS, incluyendo el de suplementar con fórmula cuando las mujeres percibían insuficiencia de leche.

Cuando el personal de salud recomendaba seguir las sugerencias de la OMS con respecto a la exclusividad, estos consejos podían no ser tomados en cuenta al ser diferentes a los dados por otros miembros de la familia.

Vivir en un contexto de familia extendida, si bien es considerado como una ventaja en cuanto al apoyo que las mujeres reciben para las labores domésticas y el cuidado de los hijos, también influyó positivamente en la lactancia, p.e. mediante consejos para producir leche y posicionar al bebé de manera adecuada; o negativamente, por la presión para brindar fórmula o alimentos de manera temprana.

Dieciocho de las veinte mujeres entrevistadas en la segunda fase del estudio consideraron que sus parejas, a pesar de nunca habérselo preguntado directamente, estaban de acuerdo con la lactancia materna y conocían sus beneficios, pero no actuaban para apoyarla.

Ninguna de las mujeres con actividades laborales fuera de casa al momento de la entrevista brindaba lactancia materna exclusiva, y se diferenciaron de otras

madres con lactancia mixta, pues su frecuencia en las sesiones de lactancia resultó menor.

Quince de las mujeres entrevistadas han amamantado en público sin sufrir complicaciones; sin embargo, dos de ellas mencionaron sentirse inseguras al hacerlo debido a las (falsas) noticias sobre la prohibición de la lactancia en lugares públicos.

Las participantes consideran que Mérida es un lugar amigable con las madres que lactan pero, por pudor, perciben necesario cubrirse los senos al amamantar y, en algunos casos, tienen malas opiniones sobre las mujeres que no lo hacen.

En este trabajo se resalta la influencia de las prácticas hospitalarias en la lactancia materna y lactancia materna exclusiva, ya que procurar que los niños nazcan por vía vaginal, brindar leche materna como primer alimento y orientar a las mujeres sobre la alimentación infantil fueron registrados y percibidos como de gran impacto. Por otro lado, se menciona la percepción de insuficiencia en la leche materna como un factor para el abandono de LME, por lo que considero necesario estudiar a profundidad si la estructura de la lactancia materna en niños con LME podría dar lugar a PILM cuando las mujeres no tienen información adecuada sobre LM a libre demanda.

Otro factor de impacto registrado fueron las opiniones y consejos de miembros de la familia, sobre todo madres y suegras quienes, en situaciones consideradas críticas, como la percepción de insuficiencia de leche, pueden aconsejar el uso de fórmulas lácteas. Considero que es importante investigar a

profundidad de qué manera influyen dichas personas, para considerarlas al establecer medidas que apoyen las intervenciones, aumentando tanto las tasas de lactancia como el sentimiento de bienestar y certidumbre de las madres.

BIBLIOGRAFÍA

- Angeletti MA. 2009. Breastfeeding mothers returning to work: possibilities for information, anticipatory guidance and support from US health care professionals. *Journal of Human Lactation* 25(2):226-232.
- Ayton J, Hansen E. 2016. Complex young lives: a collective qualitative case study analysis of young fatherhood and breastfeeding. *International Breastfeeding Journal* 11(1):1-6.
- Bai DL, Fong DYT, Tarrant M. 2015a. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Maternal and Child Health Journal* 19(5):990-999.
- Bai DL, Fong DYT, Tarrant M. 2015b. Previous breastfeeding experience and duration of any and exclusive breastfeeding among multiparous mothers. *Birth* 42(1):70-77.
- Ballard O, Morrow AL. 2013. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America* 60(1):49-74.
- Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez-Gordillo LA. 2015. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina* 63(2):217-227.
- Belintxon-Martín M, Zaragüeta M, Adrián M, López-Dicastillo O. 2011. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 34(3):409-418.
- Bouwstra H, Boersma ER, Boehm G, Dijck-Brouwer DAJ, Muskiet FAJ, Hadders-Algra M. 2003. Exclusive breastfeeding of healthy term infants for at least 6 weeks improves neurological condition. *Journal of Nutrition* 133(12):4243-4245.
- Britton C. 2003. Breastfeeding: a natural phenomenon or a cultural construct. The social context of birth. Radcliffe Publishing ed. Oxford, United Kingdom. p 297.
- Brown A, Davies R. 2014. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal & Child Nutrition* 10(4):510-526.
- Brown A, Raynor P, Lee M. 2011. Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing* 67(9):1993-2003.
- Carro CB, Giménez MRL, López PM. 2009. Determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la maternidad en el siglo XXI: mitos y realidades: XVII Jornadas de Investigación Interdisciplinaria. Universidad Autónoma de Madrid, Instituto Universitario de Estudios de la Mujer. Madrid, España.
- Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. 2014. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *Journal of Pediatrics* 164(6):1339-1345.

- Chaplin J, Kelly J, Kildea S. 2016. Maternal perceptions of breastfeeding difficulty after caesarean section with regional anaesthesia: A qualitative study. *Women and Birth* 29(2):1-9.
- Chatman LM, Salihu HM, Roofe ME, Wheatle P, Henry D, Jolly PE. 2004. Influence of knowledge and attitudes on exclusive breastfeeding practice among rural Jamaican mothers. *Birth* 31(4):265-271.
- Desmond D, Meaney S. 2016. A qualitative study investigating the barriers to returning to work for breastfeeding mothers in Ireland. *International Breastfeeding Journal* 11(16):1-9.
- Dewey K. 2003. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC
- DOF. 2014. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del apartado b) del Artículo 123 Constitucional. *Diario Oficial de la Federación*, pp. 1-34.
- Duijts L, Ramadhani MK, Moll HA. 2009. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review. *Maternal & Child Nutrition* 5(3):199-210.
- Dykes F, Moran VH, Burt S, Edwards J. 2003. Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs. An exploratory study. *Journal of Human Lactation* 19(4):391-401.
- Dykes F, Williams C. 1999. Falling by the wayside: a phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women. *Midwifery* 15(4):232-246.
- Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. 2001. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics* 107(3):543-548.
- Exavery A, Kanté AM, Hingora A, Phillips JF. 2015. Determinants of early initiation of breastfeeding in rural Tanzania. *International Breastfeeding Journal* 10(27):1-9.
- Fisk CM, Crozier SR, Inskip HM, Godfrey KM, Cooper C, Roberts GC, Robinson SM. 2011. Breastfeeding and reported morbidity during infancy: findings from the Southampton Women's Survey. *Maternal & Child Nutrition* 7(1):61-70.
- Forster DA, Johns HM, McLachlan HL, Moorhead AM, McEgan KM, Amir LH. 2015. Feeding infants directly at the breast during the postpartum hospital stay is associated with increased breastfeeding at 6 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ open* 5(5):1-9.
- Gatti L. 2008. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship* 40(4):355-363.
- Giglia R, Binns C. 2006. Alcohol and lactation: a systematic review. *Nutrition & Dietetics* 63(2):103-116.
- Giglia RC, Binns CW, Alfonso HS, Scott JA, Oddy WH. 2008. The effect of alcohol intake on breastfeeding duration in Australian women. *Acta Paediatrica* 97(5):624-629.

- Gorrita Pérez RR, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y, Ruiz Hernández E. 2014. Embarazo deseado y planificado, lactancia previa, aptitud para lactar y conocimientos de las madres sobre lactancia. *Revista Cubana de Pediatría* 86(3):289-297.
- Grassley J, Eschiti V. 2008. Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? *Birth* 35(4):329-335.
- Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. 2009. Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics* 123(1):38-46.
- Guerrero M, Morrow R, Calva J, Ortega-Gallegos H, Weller S, Ruiz-Palacios G, Marrow A. 1999. Rapid ethnographic assessment of breastfeeding practices in periurban Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization* 77:323-330.
- Harrison A, Fletcher-Groves S, Gordon-Strachan G, Thame M. 2015. Factors affecting the choice and desire to exclusively breastfeed in Jamaica. A cross-sectional study at 6 weeks postpartum. *Journal of Human Lactation* 32(2):292-300.
- Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS, Butt J, Schmied V. 2011. The association between women's perceptions of professional support and problems experienced on breastfeeding cessation: a Western Australian study. *Journal of Human Lactation* 27(1):49-57.
- Hawkins SS, Stern AD, Baum CF, Gillman MW. 2015. Evaluating the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breast-feeding rates: a multi-state analysis. *Public Health Nutrition* 18(2):189-197.
- Hill PD, Aldag JC, Zinaman M, Chatterton RT. 2007. Predictors of preterm infant feeding methods and perceived insufficient milk supply at week 12 postpartum. *Journal of Human Lactation* 23(1):32-38.
- Howe Heyman A, Lutenbacher M. 2016. The Baby Friendly Hospital Initiative as an intervention to improve breastfeeding rates: A review of the literature. *Journal of Midwifery & Women's Health* 61(1):77-102.
- INSP. 2012a. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.
- INSP. 2012b. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.
- Jara-Palacios MÁ, Cornejo AC, Peláez GA, Verdesoto J, Galvis AA. 2015. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding among adolescent mothers from Quito, Ecuador: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal* 10(1):1-8.
- Kugyelka JG, Rasmussen KM, Frongillo EA. 2004. Maternal obesity is negatively associated with breastfeeding success among Hispanic but not Black women. *Journal of Nutrition* 134(7):1746-1753.
- Kuyper E, Vitta B, Dewey K. 2014. Implications of cesarean delivery for breastfeeding outcomes and strategies to support breastfeeding. *Alive & Thrive Technical Briefs* 8:1-9.

- Legislativo. 2011. Artículo 12. Ley de Trabajadores al Servicio del Estado y Municipios de Yucatán. Congreso del Estado de Yucatán ed: Secretaría General del Poder Legislativo. Unidad de Servicios Técnicos. p 1-62.
- León-Cava N, Lutter C, Ross J. 2002. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Organización Panamericana de la Salud ed. Washington, DC. p 15-145.
- Mitchell-Box K, Braun KL. 2012. Fathers' thoughts on breastfeeding and implications for a theory based intervention. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 41(6):41-50.
- Moguel D, Dickinson F, Méndez N, Ávila ML. 2011. Factores que contribuyen al abandono de la lactancia materna exclusiva en Mérida, México. *Estudios de Antropología Biológica* 15(1):83-94.
- OMS. 2014. Estadísticas sanitarias mundiales. Organización Mundial de la Salud ed. Ginebra, Suiza.
- OMS. 2015a. 10 datos sobre la lactancia materna. Organización Mundial de la Salud ed. Ginebra, Suiza.
- OMS. 2015b. Declaración sobre tasas de cesárea. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. p 1-8.
- OPS, OMS. 2009. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, Jimba M. 2008. The relationship between breastfeeding self efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 37(5):546-555.
- Patelarou E, Girvalaki C, Brokalaki H, Patelarou A, Androulaki Z, Vardavas C. 2012. Current evidence on the associations of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Nutrition Reviews* 70(9):509-519.
- Perez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A. 1995. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. *Journal of nutrition* 125(12):2972.
- Pérez-Escamilla R, Maulén-Radovan I, Dewey KG. 1996. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *American Journal of Public Health* 86(6):832-836.
- Piperata BA, Mattern LMG. 2011. Longitudinal study of breastfeeding structure and women's work in the Brazilian Amazon. *American Journal of Physical Anthropology* 144(2):226-237.
- RAE. 2001. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Madrid, España.
- Rasmussen KM. 2007. Association of maternal obesity before conception with poor lactation performance. *Annual Review of Nutrition* 27:103-121.

- Reyes G. 2012. Creencias y prácticas de alimentación infantil en una comunidad rural de Yucatán [Maestría]. Mérida, México: Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional Unidad Mérida. Consultado el 20 de noviembre de 2014 en <http://www.ecologiahumana.mda.cinvestav.mx/images/egresados/TesisGReyes12.pdf>.
- Reyes G, Cervera MD. 2013. Etnoteorías y prácticas de lactancia materna en una comunidad maya de Yucatán. *Estudios de Antropología Biológica* 16:907-928.
- Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. 2014. The reasons for early weaning, perceived insufficient breast milk, and maternal dissatisfaction: comparative studies in two belgian regions. *International Scholarly Research Notices* 2014:1-11.
- Sacco LM, Caulfield LE, Gittelsohn J, Martínez H. 2006. The conceptualization of perceived insufficient milk among Mexican mothers. *Journal of Human Lactation* 22(3):277-286.
- Scott JA, Kwok YY, Synnott K, Bogue J, Amarri S, Norin E, Gil A, Edwards CA. 2015. A comparison of maternal attitudes to breastfeeding in public and the association with breastfeeding duration in four European countries: Results of a cohort study. *Birth* 42(1):78-85.
- Shao Mlay R, Keddy B, Noerager Stern P. 2004. Demands out of context: Tanzanian women combining exclusive breastfeeding with employment. *Health Care for Women International* 25(3):242-254.
- Singhal A, Lanigan J. 2007. Breastfeeding, early growth and later obesity. *Obesity Reviews* 8(s1):51-54.
- Skeel LS, Good ME. 1988. Mexican cultural beliefs and breastfeeding: A model for assessment and intervention. *Journal of Human Lactation* 4(4):160-163.
- Talbert AW, Ngari M, Tsofa B, Mramba L, Mumbo E, Berkley JA, Mwangome M. 2016. "When you give birth you will not be without your mother". A mixed methods study of advice on breastfeeding for first-time mothers in rural coastal Kenya. *International Breastfeeding Journal* 11(1):1-9.
- Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, Miroshnik I, Lieu TA. 2004. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 113(4):283-290.
- Thulier D, Mercer J. 2009. Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 38(3):259-268.
- Vitzthum VJ. 1994. Comparative study of breastfeeding structure and its relation to human reproductive ecology. *American Journal of Physical Anthropology* 37(S19):307-349.

ANEXOS

Anexo 1



Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del
Instituto Politécnico Nacional, Unidad Mérida
Departamento de Ecología Humana
Laboratorio de Somatología

Factores selectos asociados a características de la lactancia materna en Mérida, México

Folio: _____ Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

Datos generales

Nombre de la madre _____
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno
Dirección: _____
Fraccionamiento o colonia: _____
Tel 1: _____ Tel 2: _____

Información del hijo/a

Nombre _____
Sexo _____
Fecha de nacimiento ____/____/____
Día Mes Año
Peso actual ____ (kg) Talla actual ____ (cm)
Peso al nacer ____ (kg) Talla al nacer ____ (cm)
¿Parto o cesárea? _____
Lugar de nacimiento _____
*Nombre del Hospital/Casa Municipio Estado

Lo primero que recibió el niño al nacer

- Leche materna
 Agua
 Fórmula
 Otro _____

A cuánto tiempo de nacer lo recibió _____

En caso de recibir algo diferente a la leche materna
¿Por qué? _____

Recibió leche materna después

- Si
 No

A cuánto tiempo de nacer _____

Tipo de alimentación actual

- Leche materna (seno)
- Leche materna (extracción)
- Fórmula
- Alimentos sólidos
- Suero, vitaminas, medicamentos
- Otros _____

Consumo de agua sola

- Si
- No

En caso de que no estar recibiendo leche materna

Hace cuanto que dejó de hacerlo _____

¿Por qué? _____

En caso de recibir fórmula

¿Cuándo empezó a hacerlo? _____

¿Por qué? _____

En caso de recibir otros alimentos

¿Cuándo empezó a hacerlo? _____

¿Cuáles fueron los primeros alimentos que recibió? _____

¿Por qué? _____

¿Qué alimentos le da actualmente? _____

¿Por qué? _____

Información de la madre

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Día mes año

Estado civil _____ Último grado de estudios _____

Estudia actualmente

- Si
- No

Talla de la madre antes del embarazo _____ cm

Peso de la madre antes del embarazo _____ kg

Número de partos: _____

Consumo de anticonceptivos

- Si
- No

¿Cuáles? _____

Consumo de otros medicamentos

- Si
- No

¿Cuáles? _____

Cantidad de agua que consume al día _____

Situación laboral

- Labores domesticas y cuidado familiar
- Negocio familiar
- Empleo formal
- Empleo informal (venta por catálogo y similares)
- Licencia de maternidad
- Otro _____

Consumo de bebidas alcohólicas

Antes del embarazo

- No
- Si

¿Cuál? _____	¿Cuánto? _____	¿Cada cuanto tiempo? _____
¿Cuál? _____	¿Cuánto? _____	¿Cada cuanto tiempo? _____
¿Cuál? _____	¿Cuánto? _____	¿Cada cuanto tiempo? _____

Durante el embarazo

- No
- Si

¿Cuál? _____	¿Cuánto? _____	¿Cada cuanto tiempo? _____
¿Cuál? _____	¿Cuánto? _____	¿Cada cuanto tiempo? _____
¿Cuál? _____	¿Cuánto? _____	¿Cada cuanto tiempo? _____

Después del embarazo

- No
- Si

¿Cuál? _____	¿Cuánto? _____	¿Cada cuanto tiempo? _____
¿Cuál? _____	¿Cuánto? _____	¿Cada cuanto tiempo? _____
¿Cuál? _____	¿Cuánto? _____	¿Cada cuanto tiempo? _____

Ocupación del jefe de familia

Su vivienda es...

- Propia y completamente pagada
- Propia y aún pagando
- Propia e hipotecada
- Rentada
- Prestada
- Vive con algún familiar
- Otra _____

Servicios en el hogar

- Drenaje
- Fosa séptica
- Sumidero
- Agua potable
- Baño o letrina
- Energía eléctrica
- Televisión
- Internet
- Aire acondicionado

¿Cuántos cuartos se usan para dormir? (incluyendo cocina) _____

¿Cuántas personas viven en su casa? _____

Aceptaría seguir participando en el estudio

- Si
- No

Observaciones

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for handwritten or typed observations.

Aplicó _____



Anexo 2

Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del
 Instituto Politécnico Nacional, Unidad Mérida
 Departamento de Ecología Humana

Factores selectos asociados a características de la lactancia materna en Mérida, México.

Folio: _____

Hora de sesión	Lugar	Responsable	Tipo de alimento o líquido	Cuantificación
			Leche materna (seno) Derecho Izquierdo	Duración
			Leche materna (extracción)	Cantidad
			Otros (cuales) 1. 2. 3. 4. *(fórmula, sólidos, agua)	Cantidad (Unidad) 1. 2. 3. 4.
			Leche materna (seno) Derecho Izquierdo	Duración
			Leche materna (extracción)	Cantidad
			Otros (cuales) 1. 2. 3. 4. *(fórmula, sólidos, agua)	Cantidad 1. 2. 3. 4.
			Leche materna (seno) Derecho Izquierdo	Duración
			Leche materna (extracción)	Cantidad
			Otros (cuáles) 1. 2. 3. 4. *(fórmula, sólidos, agua)	Cantidad 1. 2. 3. 4.

Anexo 3



Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del
Instituto Politécnico Nacional, Unidad Mérida
Departamento de Ecología Humana
Laboratorio de Somatología

Factores selectos asociados a características de la lactancia materna en Mérida, México

Guía de entrevista

Nombre de la madre _____

Folio: _____

Fecha: ____/____/____

Prácticas de lactancia

¿Qué fue lo primero que tomó su hijo al nacer? ¿Por qué?

Si no recibió leche de usted como primer alimento, ¿empezó a recibirla después? ¿Cuánto tiempo pasó? ¿Cómo fue este proceso?

¿Actualmente su hijo recibe leche de usted? De no hacerlo ¿A qué edad dejó de hacerlo?

Si le da usted *chuchú* ¿Consume alguna bebida o alimento diferente? ¿Cuál? ¿Por qué? ¿Cuándo empezó a consumirlo?

Si actualmente le da usted sólo *chuchú* ¿Ha habido algo que haya dificultado o interrumpido este proceso? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Por qué?

¿Actualmente hay algo que le dificulte darle *chuchú* a su bebé? ¿Qué? Por qué?

Edad

¿Cree que su edad es adecuada para la lactancia? ¿Por qué?

¿Considera que a su edad es más o menos difícil dar *chuchú*? ¿Por qué?

Paridad (en caso que tenga otros hijos)

¿Hubo diferencias en la alimentación entre sus hijos anteriores en sus primeros meses y el bebé actual? ¿Cuáles?

Estructurar preguntas por cada niño ¿Cuál fue su primer alimento? ¿Le dio usted *chuchú*? ¿Hasta qué edad le dio sólo *chuchú*? ¿Cuáles fueron las bebidas o alimentos que recibió diferentes a la leche de usted y a qué edad?

¿A qué cree que se deban estas diferencias?

Conocimientos maternos

¿Qué debe consumir el niño recién nacido?

¿Cuánto tiempo se le debe dar *chuchú*?

¿A qué edad se le deben dar bebidas o alimentos diferentes a la leche materna?

¿Cómo aprendió a alimentar a su hijo?

¿Conoce técnicas para dar *chuchú*? ¿Cuáles? ¿Cómo las aprendió? ¿Las aplica? ¿Funcionan?

¿Conoce técnicas para realizarles extracciones? ¿Cuáles? ¿Cómo las aprendió? ¿Las aplica? ¿Funcionan?

¿Sabe qué es bueno para que una mamá tenga leche? ¿Cómo obtuvo esta información?

¿Considera que existe alguna razón o factor que aumente o disminuya la producción de leche? ¿Cuál y por qué?

Peso materno

¿Cree que el peso de la madre antes del embarazo puede influir en su producción de leche? ¿Cómo?

¿Considera que su peso antes de embarazarse era adecuado? ¿Por qué?

Consumo de bebidas alcohólicas

¿Cree que el consumo de bebidas alcohólicas antes y durante el embarazo puede influir en la producción de leche? En su caso, ¿cómo?

¿Cree que el consumo de bebidas alcohólicas después del embarazo puede influir en la producción de leche? En su caso ¿cómo?

Apoyo en la alimentación

¿Alguien le ayuda en la alimentación de su bebé? ¿Quién y cómo le ayuda?

Estado civil

¿Tiene usted pareja? ¿Le ayuda su pareja en la alimentación de su hijo? ¿Cómo?

¿Qué piensa su pareja de la lactancia materna? ¿Está de acuerdo?

Si no lo está ¿por qué?

Si lo está ¿por qué?

Empleo

Además de atender a su familia ¿trabaja usted para ganar dinero?

¿En qué?

¿Cuántas horas?

¿A cuánto tiempo de su casa queda su trabajo?

¿Tiene o tuvo licencia de maternidad? ¿Cuánto tiempo? ¿Considera que fue suficiente para la lactancia? ¿Por qué?

Tiene o tuvo permiso de lactancia? ¿En qué consiste? ¿En qué casos no se cumple? ¿Lo considera justo? ¿Por qué?

¿Cree que el empleo afecta a la lactancia materna? ¿Cómo?

Amamantar fuera de casa

¿Cómo le hace cuando usted y su bebé están en la calle o fuera de casa y es hora de que haga *chuchú*?

¿Cuáles han sido sus experiencias?

¿Lo considera como algo que dificulte la lactancia? ¿Por qué?

Observaciones