

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**



**ALIMENTACION AL SENO MATERNO:  
EXPERIENCIA DE LA MUJER**

**POR  
LIC. MARIA ELENA CASTILLO JUAREZ**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO  
MAESTRIA EN ENFERMERIA  
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA**

**OCTUBRE DE 1997**

ALLIEMENTI ACCIION AL SENNO MATTERNO:  
EXPERIENCIA DE LA MUJER

19

19

19

19

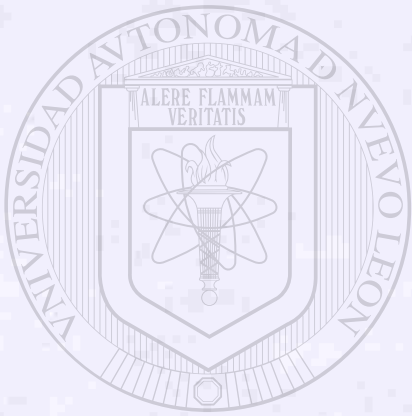
M.F.C.J.

M.F.C.J.

M.F.C.J.



1080072420



# UANL

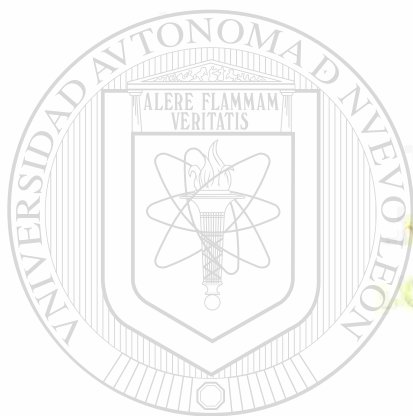
---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



PRESENTACION AL SENO MATERNO:  
EXPERIENCIA DE LA MUJER

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

por

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

MARIA ELENA CASTILLO JUAREZ

®

requisito parcial para obtener el grado

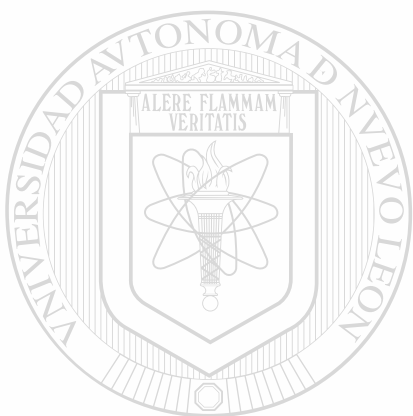
MAESTRIA EN ENFERMERÍA

con Especialidad en Salud Comunitaria

OCTUBRE, 1997



TH  
RJ216  
C3



# UANL

---

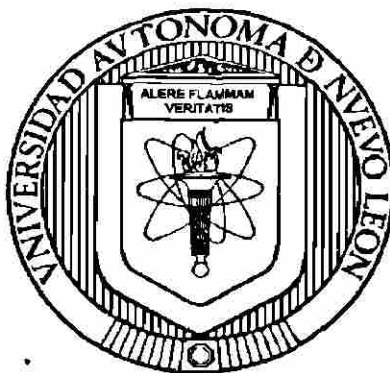
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**



**ALIMENTACION AL SENO MATERNO:  
EXPERIENCIA DE LA MUJER**

por

**LIC. MARIA ELENA CASTILLO JUAREZ**

**DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS**

**Asesor**

**LIC. BERTHA CECILIA SALAZAR GONZALEZ ME**

**Como requisito parcial para obtener el grado  
MAESTRIA EN ENFERMERÍA  
con Especialidad en Salud Comunitaria**

**OCTUBRE, 1997**

ALIMENTACION AL SENO MATERNO:  
EXPERIENCIA DE LA MUJER AL

Aprobación de Tesis:

*B. Bertha Cecilia Salazar G.*

Lic. Bertha Cecilia Salazar González MES  
Asesor de Tesis

*B. Bertha Cecilia Salazar G.*

Lic. Bertha Cecilia Salazar González MES  
Presidente

*Esther C. Salazar*

Lic. Esther Carlota Gallegos Cabriaes MA  
Vocal

*Velia M. Cárdenas V*

Lic. Velia Margarita Cárdenas Villarreal ME  
Secretario

*M. Magdalena Alonso Castillo*

Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo MSP  
Secretario de Post-grado

## **AGRADECIMIENTOS**

Lic. Guadalupe Martínez y Lic. Magdalena Alonso... Por todas las facilidades otorgadas para concluir el presente estudio...

Lic. Bertha Cecilia Salazar... Es un honor ser tu discípula. Gracias por la paciencia de tu trato y por la especial forma de brindar tus conocimientos y asesorías por la confianza que inspiras, que hace que me pueda acercar a ti a preguntar sin reparos. Por escucharme y saber ser compañera, además de un asesor...

Lic. Esther Gallegos, Lic. Dora E. Silva y Lic. Velia M. Cárdenas... Por la severidad de sus observaciones que contribuyeron a proseguir y dar claridad al presente trabajo.

Ing. Jesús Nava, Dra. Teresa González, Ing. Salvador González, Lic. Norma Chaveznava y Dra. Guadalupe Taméz... **Gracias por todo lo que compartimos.** Por su incondicional y exquisita amistad, por el gran apoyo y por ser siempre tan oportunos con su presencia.

---

Lic. Carmelita Pedraza y Lic. Luisa Rosas... Amigas... gracias, por su apoyo, comprensión y por permitirme aprender con ustedes.

Eduardo Castillo y Edna Resendiz... Por la asesoría técnica, su gran ayuda y compañía...

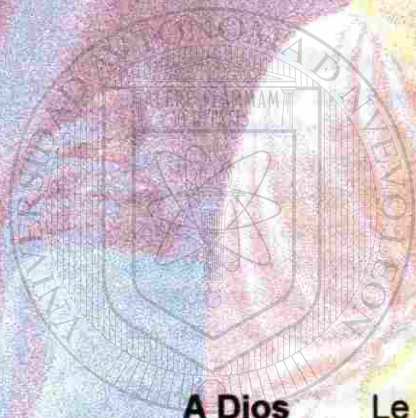
Pepe, Lety, Beto, Carlos, Coquena, Miguel, Magie y Lalo... Mis preciados hermanos, no sé cómo agradecerles que también sean mis amigos...

A las madres de familia que contribuyeron con su valiosa participación.

**Gracias**



## DEDICATORIA



### **A Dios**

Le agradezco por llevarme en sus brazos cuando el camino es más arduo y por todo lo que me regala, aún sin habérselo pedido.

### **A Don Toño y Doña Soco...**

Por obsequiarme la esencia de la vida, por continuar juntos y darme tanto amor.

**A Nataly...** Te amo, luz de mi vida, eres mi fortaleza para seguir... Dios te bendiga.

*Handwritten signature*

## RESUMEN

**María Elena Castillo Juárez**

**Fecha de graduación Octubre, 1997.**

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

**Facultad de Enfermería**

**Título del Estudio: Alimentar al seno materno: Experiencia de la mujer.**

**Número de páginas: 62**

**Área de estudio: Ciencias de  
la salud**

**Candidato para el grado de Maestría  
En Enfermería con Especialidad en  
Salud Comunitaria.**

**Propósito y Método de Estudio:** El objetivo del estudio fue describir las experiencias expresadas por las mujeres entorno a la práctica de alimentar al seno materno. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a cinco madres con niños menores de seis años, a los que proporcionaron leche materna al menos por cuatro meses. Las experiencias narradas en las entrevistas se describieron en base al método cualitativo denominado teoría fundamental de Glaser & Straus, (1985). El estudio cualitativo permite conocer más a fondo el significado de la alimentación al seno, materno en mujeres que lo han experimentado. La información proporcionada por las mujeres pueden ser retomadas por las enfermeras comunitarias cuando brindan orientación a otras madres.

**Resultados y conclusiones:** Las información relatada por las mujeres se agrupó en seis categorías: a) Experiencia gratificante y vínculo estrecho, b) bondades de la leche y el pecho, c) motivaciones maternas para dar pecho, d) estrategias maternas para asegurar la producción de leche y el autocuidado de los senos, e) dificultades comunes durante la lactancia y respuesta materna y f) indicadores para suspender la lactancia. <sup>®</sup>

Algunos datos importantes son que la alimentación al seno materno es una satisfacción, identificaron que posee defensas para los niños y les previene de enfermedades, también identifican beneficios económicos. Las motivaciones maternas se relacionan con los beneficios observados en los niños, a los que se refieren como "más bonitos y gorditos". Para suspender la alimentación al seno materno, experimentaron ambivalencia, por un lado consideran que ya es tiempo de retirarles el pecho por que ya no completaban y porque están grandes y por otro lado el observar que el niño continúa pidiendo pecho, les hace sentirse mal. Lo anterior les conduce a continuar amamantando, aunque saben que ya no les nutre o que no es suficiente.

**FIRMA DEL ASESOR:**

*B. Cecilia Salazar G.*

## TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
<b>1. INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Planteamiento del Problema.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Objetivo.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Importancia del Estudio.....</b>	<b>5</b>
<b>1.4 Limitaciones del Estudio.....</b>	<b>6</b>
<b>2. MARCO DE REFERENCIA.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 El método de Estudio.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Literatura Revisada.....</b>	<b>11</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Diseño del Estudio.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Participantes del Estudio.....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 Método de Recolección de Datos.....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 Procedimiento de Recolección de Datos.....</b>	<b>20</b>
<b>3.4.1 Entrevistas de Prueba.....</b>	<b>20</b>
<b>3.4.2 La Visita para el Convenio.....</b>	<b>20</b>
<b>3.4.3 La Primera Entrevista.....</b>	<b>21</b>
<b>3.4.4 Entrevistas Subsecuentes.....</b>	<b>22</b>
<b>3.4.5 Transcripción de los Datos.....</b>	<b>22</b>
<b>3.4.6 Análisis de Datos.....</b>	<b>23</b>

<b>3.4.7</b>	<b>Nominación y Verificación de Códigos . . .</b>	<b>23</b>
<b>3.4.8</b>	<b>Organización de los resultados. . . . .</b>	<b>24</b>

<b>3.5</b>	<b>Etica del Estudio. . . . .</b>	<b>25</b>
------------	-----------------------------------	-----------

**4. RESULTADOS Y DISCUSION**

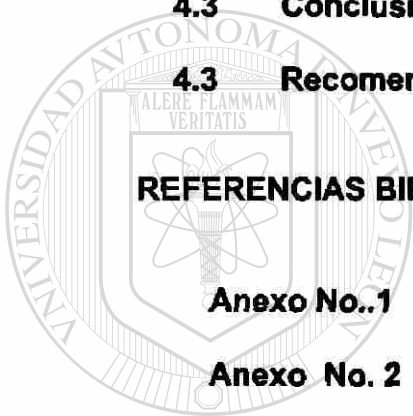
<b>4.1</b>	<b>Características Demográficas. . . . .</b>	<b>26</b>
<b>4.2</b>	<b>Análisis de los Datos . . . . .</b>	<b>26</b>
<b>4.3</b>	<b>Conclusiones. . . . .</b>	<b>43</b>
<b>4.3</b>	<b>Recomendaciones. . . . .</b>	<b>45</b>

	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. . . . .</b>	<b>46</b>
--	--	-----------

	<b>Anexo No.1 Fragmentos Textuales y Códigos. . . .</b>	<b>48</b>
--	---	-----------

	<b>Anexo No. 2 Convenio. . . . .</b>	<b>58</b>
--	--------------------------------------	-----------

	<b>Anexo No. 3...Muestra de hoja de Trabajo de Datos</b>	
	<b>Transcritos y Codificados . . . . .</b>	<b>60</b>



**UANL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



# CAPITULO 1

## INTRODUCCION

El abandono de la práctica de la lactancia materna y la tendencia de suspenderla antes de los cuatro meses representa uno de los problemas importantes de la salud pública por sus repercusiones para la población infantil. La dificultad de aumentar la incidencia de la práctica de amamantamiento, así como el periodo de tiempo apropiado de dicha práctica con fin de que los niños se beneficien, probablemente se deben a que la alimentación al seno materno es un fenómeno biopsicosocial. No sólo depende de la capacidad biológica de la mujer de producir leche, sino que va acompañado de una serie de ajustes muy complejos en el patrón de comportamiento y en el estilo de vida de la mujer (Casanueva, 1997).

Como fenómeno biopsicosocial es necesario conocer las motivaciones, la experiencia, los apoyos y problemas que enfrentan las mujeres que optan por la lactancia materna. Es necesario conocer todo eso a fin de que enfermería pueda orientar a otras mujeres. Si la situación de la lactancia, depende en parte de las vivencias que la mujer tiene y de las conductas aprendidas de su entorno social, es necesario conocer las experiencias de lactancia de aquellas madres que alimentaron con seno materno a sus niños y que tuvieron el tiempo suficiente para cubrir las

necesidades biológicas y emocionales de sus niños. Por ello se consideró de gran importancia realizar éste estudio de diseño cualitativo para conocer las experiencias que tuvieron las madres que alimentaron con seno materno a sus hijos.

## 1.1 Planteamiento del Problema.

En los últimos años ha surgido un gran interés de las organizaciones de salud a nivel mundial por promover la lactancia materna en función a los múltiples beneficios que provee para el infante, sobre todo en los primeros meses de vida.

Entre dichos beneficios destacan los inmunológicos, los nutricionales y los afectivos. Un ejemplo es, el efecto de la leche materna en los padecimientos infecciosos, sobre todo en la gastroenteritis

contribuye en forma significativa a disminuir la presencia de diarrea en los lactantes que son alimentados al seno materno de manera exclusiva, en comparación con aquellos que sólo reciben fórmulas artificiales. De igual

manera, el efecto protector de la lactancia materna previene de infecciones respiratorias durante los primeros seis meses de vida y es evidente aún a lo largo del segundo año (Redeer, Martin & Koniak, 1995).

De esta forma la protección inmunológica que provee la leche humana contra algunas infecciones contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad infantil. Por lo que respecta a la digestibilidad y absorción, los

niños alimentados al seno materno de manera exclusiva no presentan deficiencias nutricionales durante los primeros seis meses de vida.

En Latinoamérica y el Caribe el riesgo de morir en los niños menores de un año, alimentados con biberón, es de tres a cinco veces mayor que en aquellos que fueron alimentados al seno materno (Organización Panamericana de la Salud, 1994).

La Secretaría de Salud (1994) señaló, entre otras ventajas para las madres, la disminución del riesgo de hemorragia durante el puerperio inmediato, ya que al estimularse la contracción e involución uterina, se reduce el riesgo de cáncer mamario y favorece el espaciamiento del número de hijos por su efecto anticonceptivo. Además se fortalece el vínculo madre-hijo.

Es de gran preocupación que a pesar de las ventajas y beneficios tanto para el niño como para la madre, no se observa un incremento

significativo en esta práctica de alimentación. En México, el porcentaje de niños amamantados hasta los tres y seis meses en 1974 fue de 61.5 y 50.4 por ciento respectivamente, en comparación con el año de 1994, según La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil reportó que el 60.2 por ciento de los niños fueron alimentados al seno materno durante tres meses y sólo el 44.2 por ciento fueron amamantados hasta los seis meses de edad. Esto a pesar de la promoción intensiva que se ha efectuado a nivel nacional para promover esta práctica. La prevalencia de la lactancia es baja en Monterrey Nuevo León, según Taméz (1988)

sólo el 25 por ciento de los niños de ese estudio fueron alimentados con seno materno y que sólo el 45 por ciento de las madres encuestadas volvieron a repetir la experiencia de alimentar al seno materno; cifras semejantes encontró Quezada (1996) en Yucatán.

Por lo que respecta a los motivos de abandono de la lactancia, la Secretaría de Salud (1994) en una Encuesta Nacional en México, identificó lo siguiente: madres que trabajan fuera del hogar, madres adolescentes, familiares que desalientan la lactancia, o problemas de salud de madres o de los niños, así como publicidad de las compañías de fórmulas de biberones, falta de información, de tiempo y cansancio de la mujer. En la encuesta mencionada detectó los motivos por los que las madres deciden no alimentar al seno materno, así como para suspender la lactancia antes de los cuatro o seis meses. Quezada (1996) encontró que el 57 por ciento de los abandonos fue por causas atribuibles a las mujeres (desempeñar otra actividad, o por motivos de salud) y el 41 por ciento de las causas de abandono de la alimentación al seno materno estuvo relacionada con los hijos.

Hace falta llevar acabo estudios enfocados a conocer que es lo que sucede con el grupo de mujeres que alimentaron al seno materno a sus hijos por un tiempo mayor a cuatro meses. Las investigaciones reportan entre sus datos la cantidad de mujeres que amamantan a sus hijos por tiempo mayor de cuatro meses, aún bajo condiciones de trabajo, pero es necesario describir las vivencias y el ambiente que contribuyen al



acúmulo de experiencias que en un momento dado reafirmaron la decisión de la mujer de alimentar al seno materno a sus siguientes hijos. Es importante conocer las experiencias narradas por las propias mujeres a fin de captar el fenómeno biopsicosocial de manera más completa, comprender los paradigmas que le sirven de referencia a la mujer, su manera de pensar y de organizarse para vivir la práctica de la lactancia materna por cuatro meses o más.

Surge la necesidad de comprender y describir el significado de las experiencias de las madres, en relación a la alimentación al seno materno y para ello utilizar un método de investigación que contribuya a describir el fenómeno de amamantamiento. Para ello se planteó la siguiente pregunta de investigación.

**¿Cuáles son las experiencias sobre la práctica de alimentar al seno materno de las mujeres que han lactado a más de un hijo?**

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

### **1.2 Objetivo.**

Describir las experiencias expresadas por las mujeres sobre la práctica de alimentar al seno materno a más de un hijo.

### **1.3 Importancia del Estudio.**

La relevancia del estudio radica en la posibilidad de acercarse al ambiente natural de las mujeres y a su vez conocer las circunstancias, los

problemas y en fin sus vivencias en un contexto más integral, que permita entender su lenguaje, captar el significado de sus relatos y conocer como enfrentan la práctica de la alimentación al seno materno. Es importante también el papel del método de investigación cualitativo, que permite conocer todo lo anterior a fin de que las experiencias narradas por las mujeres que han amamantado puedan ser retomadas como ejemplo por las enfermeras comunitarias cuando orientan a otras señoras que pasan por tal vivencia. Los hallazgos de este estudio sugieren áreas no exploradas y que pueden ser retomadas en investigaciones futuras.

#### **1.4 Limitaciones del Estudio**

Los resultados de la investigación cualitativa no se pueden generalizar. El estudio se limitó a realizar tres entrevistas a cada una de las cinco participantes, sin embargo no se obtuvo saturación en todos los códigos.

## CAPITULO 2

### MARCO DE REFERENCIA

El marco de referencia presenta dos apartados. En el primero se describe el método de estudio y en el segundo la literatura seleccionada sobre la alimentación al seno materno.

#### 2.1 El Método de Estudio.

Los diversos métodos de investigación para la ciencia humana basados en la totalidad del individuo, a pesar de ser diferentes se han agrupado y se han denominado "cualitativos". Los estudios cualitativos permiten que los investigadores en salud exploren fenómenos tales como la empatía, el cuidado, el sufrimiento, el insomnio y la esperanza, los

cuales no se miden ni fragmentan fácilmente. Los métodos cualitativos presuponen que la gente elige su realidad mediante la asignación de significado del mundo objetivo (Benoliel, 1984; Tesch, 1990). Así, se pueden tener múltiples realidades y no sólo un mundo con leyes universales.

Los estudios cualitativos se diseñan para poder: a) describir un fenómeno, b) crear una teoría, c) sensibilizar a otros acerca de la experiencia de un fenómeno, d) desarrollar instrumentos de investigación o, f) crear un modelo de investigación teórica.

Wilson (1992) sugiere que la aproximación cualitativa puede ser utilizada para explorar y describir, así como también para descubrir y explicar. Los estudios cualitativos permiten aproximarse a un entendimiento profundo de la situación así como el significado que asignan los participantes o involucrados (Lincoln & Guba, 1985).

La teoría fundamental de (Glaser & Strauss, 1985) es un método de investigación dentro de los estudios cualitativos. Deriva del interaccionismo simbólico con las siguientes premisas, según Blumer (1969): a) Los seres humanos actúan en reacción a las cosas basados en los significados que las cosas tienen para ellos, b) los significados de tales cosas se derivan de la interacción social que el individuo tiene con sus compañeros y c) los significados son manejados y modificados a través de procesos interpretativos y por la persona que enfrenta las cosas.

El propósito de los estudios que siguen el método de la Teoría fundamental, es describir los procesos sociales o construir teoría, enfatiza que la teoría debe surgir de los datos y no del conocimiento previo (Robrecht, 1995). Ello sugiere que a diferencia del método cuantitativo, en este método no se lleva a cabo una revisión de literatura exhaustiva previa al estudio.

El principal propósito del interrogatorio naturalístico es obtener un entendimiento de lo que constituye la realidad para los sujetos. Este interrogatorio se basa en las siguientes suposiciones: a) La meta del

investigador es descubrir y describir el fenómeno desde lo que está viviendo la persona, es decir, desde el punto de vista émico, b) los fenómenos sociales son comprensibles cuando se abordan con procedimientos naturalísticos; para entender el comportamiento y captar la dinámica de lo natural hay que mantener indisoluble el binomio hombre- medio. Esta perspectiva de investigación está dirigida a lugares donde vive la gente, se usa para poder conocer desde un panorama único porque las realidades son totalidades que no pueden ser entendidas separadas de sus contextos. A este tipo de investigación Lincoln & Guba (1985) le llamaron "averiguación naturalística".

Debido a que los datos de la investigación son esencialmente descripciones de la situación en el que se usan palabras propias de los participantes, el investigador es el principal instrumento en la recolección de información. Se da una interacción entre el investigador y el sujeto.

---

Las hipótesis no son desarrolladas antes del estudio, así que los estudios están asociados con la naturaleza del problema de la investigación (Lincoln & Guba, 1985).

Es un proceso dinámico que consiste en la recolección de datos y análisis en el que el investigador se involucra en un ciclo de razonamiento inductivo - deductivo hasta que surgen suficientes datos para producir una explicación bien avalada (Robecht, 1995). Los datos obtenidos son recolectados por medio de grabaciones, transcritos y analizados hasta alcanzar la redundancia y la saturación.

El proceso para preparar los datos inicia con la transcripción de las entrevistas grabadas, se dejan márgenes amplios para registrar los códigos de las categorías y se procede al análisis del contenido, que consiste en una operación sistemática de análisis de línea por línea y palabra por palabra, para buscar en los datos la información de interés para el estudio. A fin de reconocer las características propias de los datos que emergen, se debe enfocar en la pregunta de investigación. Los datos se procesan, ordenan y clasifican bajo denominaciones de códigos, para los cuales pueden utilizarse tres niveles. El nivel de códigos I, son palabras o frases usadas por los participantes en la narración de sus experiencias, las frases son agrupadas por similitud con lo cual se forma el nivel de códigos II que son llamados categorías, éstas son términos o conceptos que mejor representan las palabras o frases textuales del nivel I. El nivel de códigos III son conceptualizaciones más abstractas para la

---

construcción de teoría basada en los tres niveles de códigos

(Glaser, 1978; Hutchinson, 1993). En este estudio sólo se aplicaron los dos primeros niveles.

Se usa constantemente el método comparativo (Glaser & Strauss, 1967) para identificar las categorías que surgen en relación con el fenómeno de estudio. La categorización es un proceso inductivo que se describe como una reconstrucción global de los datos que son agrupados de forma provisional, hasta que son establecidas las categorías en base a la similitud entre los datos. Las categorías pueden ser reportadas en

varias formas: a) Como una categoría inicial relacionada con estudios cercanos, b) una categoría de códigos familiares o procesos básicos esperando ser identificados o c) múltiples procesos (Chenitz & Swanson, 1986).

## **2.2 Literatura Revisada.**

Pérez, Rueda y Díez (1993) seleccionaron en comunidades rurales, una, en Malinalco y otro en Oaxaca, un grupo de mujeres que tuviera más de dos hijos. Los objetivos de la investigación fueron conocer la conducta de lactancia, intradoméstica, extradoméstica y la percepción de las propias madres sobre el amamantamiento. Se utilizó un cuestionario con preguntas precodificadas que incluyó las siguientes variables: a) composición familiar; b) escolaridad materna, c) situación laboral materna, d) conducta de lactancia con su último hijo, e) cuidado de los hijos y f)

percepción acerca del amamantamiento. Casi todas la madres decidieron cómo alimentar a sus hijos durante los primeros días. El primer mes, el 55 por ciento de las madres de Malinalco alimentaron con leche materna y en Oaxaca alrededor del 90 por ciento lo hizo. La mayoría de las mujeres trabajaba. Alrededor del 90 por ciento de las mujeres dijeron sentirse "contentas" con el hecho de ser mujeres. El amamantar fue visto como un deber, el hombre se mantuvo periférico en cuanto a ésta práctica y la decisión fue influenciada por otras mujeres entre ellas la

comadrona, la suegra o la madre. La lactancia fue vista como una obligación.

Quezada (1996) realizó un estudio en Yucatán, México cuyo objetivo fue determinar los factores socioculturales maternos relacionados a la práctica de la lactancia materna, las variables sociodemográficas como estado civil, la ocupación y el número de hijos, fueron factores que influyeron en la práctica de amamantamiento. De las variables socioculturales, observó que la figura de modelo social de la conducta recae en la familia, como motivadores externos destacaron las madres de las mujeres y los esposos y como internos, la gratificación emocional, el bienestar y la seguridad que perciben las mujeres al amamantar. Reportó que 91 por ciento de las mujeres señalaron la lactancia materna como una satisfacción emocional y 52 por ciento como gratificación emocional.

Kavanaugh, Mead, Meier & Mangurten (1995) en un estudio en el

---

que utilizaron la metodología naturalística, describieron las estrategias de las madres que dieron alimentación al seno materno a prematuros en el período de alta. Este se condujo a través de una intervención

semiestructurada un mes posterior al período de alta del prematuro, participaron 20 madres, quienes recibieron apoyo individualizado. Los motivos de preocupación de las madres que amamantaron a sus hijos fueron no poder medir de forma objetiva cuánto consumía de leche el niño y no saber si obtenía lo suficiente.



En este estudio surgieron tres categorías al identificar por medio de las madres: a) Consumo adecuado de leche por los niños, b) composición de la leche, c) problemas con las técnicas de alimentación en prematuros. Las razones por las que se preocupaban las madres eran en relación al *porqué sus niños no completaban con la leche exclusivamente la del seno materno*. Esto sirvió para identificar problemas que las enfermeras atendieron con intervención individualizada.

O'Quin, McIntyre y Meade (1992) realizaron un estudio para describir los patrones de la lactancia natural de las mujeres de la Isla de Monserrat, con 69 madres que amamantaron por lo menos por dos semanas, para conocer la frecuencia, los motivos del destete y la edad del hijo al momento de éste. Encontraron que el 94 por ciento de las mujeres amamantaron a su último hijo, por lo menos durante un período de dos semanas. La lactancia fue más frecuente entre las que habían

---

tenido tres o más hijos. Respecto a la presencia de problemas relacionados con la lactancia, el 48 por ciento negaron haber tenido problemas, el 21 por ciento no respondieron y el resto de las mujeres

refirieron haber tenido dolor, falta de leche y mordizcos del bebé.

Ninguna mujer notificó que su pareja le había sugerido que destetara al niño.

Tzuriel & Leonard (1986) estudiaron los factores psicosociales y de 124 madres Israelíes, quienes alimentaron al seno materno. Los resultados revelaron que las madres se caracterizaban por tener menor

educación y un apoyo relativo de los esposos en la decisión de amamantar.

Según Reeder, Martin y Koniak (1995), refieren que "la leche materna es mejor" al hablar de los beneficios de ésta en contra del biberón; se ha demostrado que la leche materna y el calostro son ricos en factores de defensa como inmunoglobulinas, enzimas, macrófagos, linfocitos y *Lactobacillus bifidus* (substancia que favorece el crecimiento de lactobacilos). Las investigaciones indican que la alimentación al seno materno, ofrece protección eficaz contra la diarrea. La diferencia en aparentemente radica en la flora intestinal de los niños que se alimentaron con seno en comparación de los que fueron alimentados con fórmulas. Los amamantados desarrollan lactobacilos y bacterias bífidas que no son patogénicas y producen heces con pH de cinco a seis, debido a la fermentación de azúcares y la producción de ácido acético. Este pH ácido inhibe la reproducción de bacterias como *Escherichia coli* y *Streptococcus faecalis*, que predominan como flora en los niños que se alimentaron con fórmula y tienen un pH fecal más alto.

La ventaja de la inmunoglobulina secretoria A (IgA) de la leche materna, es el efecto antiabsorbente protector que posee, el cual evita que las moléculas de proteína atraviesen las paredes intestinales. Durante los primeros seis meses de vida hay más absorción de proteínas intestinales que pueden causar alergias a los niños.

Las ventajas psicológicas que proporciona la lactancia al seno materno no son tan fáciles de comprobar, el amamantamiento establece una estrecha relación biológica entre el niño y la madre y tal vez influya en su relación. El aumento de oxitocina y prolactina durante la lactancia ejercen influencia en el comportamiento materno, además de favorecer la involución uterina. La ausencia de menstruación durante la lactancia origina un estado de ánimo más constante en la mujer.

En relación a la dieta durante la lactancia. Se recomienda aumentar el consumo de leche por lo menos de uno a uno y medio al día para cubrir las necesidades adicionales de proteínas. Además complementar las raciones recomendadas de fruta y verduras. Para la producción de leche también se requiere un consumo elevado de líquidos entre 2500 a 3000 ml. para madres con actividades normales. El consumo de líquidos debe incluir agua así como otras bebidas. Tomar una bebida antes de alimentar al niño facilita el reflejo de "bajada de la leche". Algunas mujeres temen perder la leche cuando desaparece la congestión porque sus senos regresan al tamaño normal, aunque la inflamación desaparece, la producción de leche continúa. En el este reflejo, se experimenta una sensación de cosquilleo o estiramiento del pezón, seguida por sensación más pesada de los senos. Como se produce en ambos senos, la leche gotea del seno que no se succiona, la deglución es audible y el niño succiona con menor esfuerzo. El reflejo de "bajada de la leche" depende en gran parte de factores psíquicos y de las emociones maternas. Los

autores ya mencionados señalan que suspender la lactancia en forma repentina puede ser incómodo e inquietante o traumático para la madre y el niño. Es deseable que al suspender la lactancia o suprimir tetedás, sea en forma paulatina y substituirse por experiencias agradables, hasta que el niño deje pedir la leche.

Por un lado, los defensores de la alimentación al seno materno presuponen que por el hecho de dar pecho al bebé éste será superior en inteligencia, capacidad de aprendizaje, de adaptación emocional y al medio. Morales y Luque (1997) refieren que dar pecho a libre demanda sin conflictos, es en realidad una actitud específica de la mujer ante la vida y por lo tanto, no les proporciona mayor problema. En otras palabras, las madres son cariñosas, cercanas, sin temor a interactuar con el hijo, mientras las que no lo hacen son mujeres con conflictos afectivos que les impiden lo anterior. Por otra parte también observaron a muchas mujeres, sobre todo primíparas, quienes antes que naciera el hijo reportaban un gran deseo de darle pecho a libre demanda, pero cuando llegaba el momento de hacerlo, referían incomodidad, tristeza, dolor, extremo cansancio y llanto y no la alegría, comodidad y satisfacción que habían leído o les habían dicho.

Whaley & Wong (1988) refieren que el desarrollo intelectual de la persona coincide con el biológico, el de adaptación y el psicosocial a través de una participación activa entre el lactante y el medio, fase sensitivo motora en la cual son necesarios los ajustes para la satisfacción

tanto del niño como de la madre. La teoría que con frecuencia se utiliza para explicar la capacidad de aprender es la de Jean Piaget, citado por Whaley y Wong (1988) quién nombró fase sensitivo motora al período del recién nacido hasta los dos años de edad.

El uso de los reflejos y el carácter del niño dan lugar a las asociaciones entre un acto y una respuesta repetitiva. De tal manera que cuando el niño llora por hambre, recibe el pezón en la boca, succiona, siente satisfacción y se queda dormido.

El establecimiento del vínculo afectivo durante la lactancia progresa, de modo que en el lactante cumple una función significativa. Para tal vínculo se requieren dos componentes del desarrollo cognocitivo, uno es la capacidad de diferenciar a la madre de otras personas y el otro es el concepto de la permanencia del objeto.

Los lactantes adquieren conductas de desarrollo que influyen en el vínculo afectivo, entre ellas: a) El llanto, la sonrisa y la vocalización, b) la orientación visual y motora, c) el acercamiento mediante la locomoción, d) el aferramiento, en especial en presencia de un extraño. La sonrisa del niño como respuesta a estímulos placenteros, ejerce un efecto profundo en los familiares. Dicho estímulo es tan significativo que continúa provocando respuestas en quienes los tratan.

## **CAPITULO 3**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 Diseño del Estudio.**

El tipo de estudio fue cualitativo (Lincoln & Guba, 1985) a través del método de la teoría fundamental, que permite la descripción de fenómenos sociales. (Glaser & Strauss, 1978).

#### **3.2 Participantes del Estudio.**

Las participantes del estudio fueron seleccionadas por conveniencia. Los casos fueron refereridos a la investigadora por

---

personal de enfermería, guiado por los siguientes criterios de inclusión:

madres con dos niños menores de seis años de edad y que los hubieran alimentado con seno materno, al menos los primeros cuatro meses de vida. Participaron cinco madres de familia y fueron entrevistadas en tres ocasiones.

#### **3.3 Método de Recolección de Datos.**

El método de estudio de la Teoría fundamental (Glaser, 1978) guió las entrevistas dentro del ambiente natural de las madres, es decir, en su

domicilio, lo que facilitó mayor libertad de expresión en la conversación. Las entrevistas fueron semiestructuradas, grabadas y transcritas literalmente. La pregunta inicial formulada a todas las participantes fue la siguiente:

**“Platíqueme: ¿Qué fue para usted alimentar al seno materno a sus niños?”**

Las preguntas subsiguientes se formularon en base a las respuestas de las participantes y al interés particular del estudio. Los temas que surgieron en cada entrevista con cada uno de los casos aportaron las bases para seguir el diálogo en los siguientes encuentros, en los que se aclaró las respuestas de la entrevista anterior y se amplió con otras preguntas. Al mismo tiempo los datos de una entrevista sugerían posibles preguntas a abordar con el resto de los participantes.

---

En la conversación con las madres de familia se utilizó una grabadora de audio para contener la información completa. El convenio previo incluía el uso de este aparato. La respuesta de las mujeres ante esta forma de recolectar datos consistió en hacer arreglos en su hogar para disminuir en todo lo posible el ruido, cuatro madres de familia ofrecieron un ambiente que permitió grabar con claridad la conversación.

### **3.4 Procedimiento de Recolección de Datos.**

#### **3.4.1 Entrevistas de Prueba.**

Antes de iniciar las entrevistas que constituyeron el estudio definitivo, se realizaron dos entrevistas de ensayo a mujeres que cubrían los criterios de inclusión. La finalidad de llevar a cabo estas entrevistas fue que la investigadora se familiarizara con el material y método de abordaje, reconocer y limitar los sesgos del interrogatorio y el alcance de la pregunta inicial.

Los ensayos de entrevista se transcribieron y el asesor de tesis examinó el texto comparándolo con los datos de la grabación, a fin de verificar la calidad de la transcripción. El contenido de las entrevistas de prueba no se incluyeron en el presente estudio.

---

#### **3.4.2 La Visita para el Convenio.**

A cada participante se le realizó una visita de primer contacto para confirmar que reunía los criterios de inclusión. Esta primera entrevista tuvo como propósito la presentación de la investigación y el establecimiento de un primer acercamiento con la madre, para esto se identificó con ella, se platicó sobre temas relacionados con los hijos y con el hogar.

Se informó de manera general el objetivo de la investigación, así como el número de entrevistas máximo que se tenían de margen para



realizar, se aseguró la confidencialidad de la identidad de su persona y se mencionó la forma que se utilizaría para la recolección de los datos. Se le dio a conocer que cada entrevista implicaría entre una hora y no más de dos horas. Así mismo en este primer encuentro la entrevistada dio su consentimiento para participar en el estudio y se procedió a firmar el convenio ( ver anexo No. 2). Se acordó fecha y hora para realizar la primera entrevista.

### **3.4.3 La Primera Entrevista.**

Las entrevistas se llevaron a cabo en el horario acordado entre la investigadora y las participantes. Para disminuir el efecto de la intromisión de la grabadora se utilizó un pañuelo para cubrirla. Para establecer los nexos de confianza, se destinó un tiempo corto previo a cada entrevista para conversar con las mujeres, antes de grabar. Después se procedió a iniciar la entrevista con la siguiente pregunta de base:

**“Platíqueme: ¿Qué fue para usted alimentar al seno materno a sus niños?”**

Al contestar la pregunta inicial, las entrevistadas abordaron diversos temas, a los cuales se les siguió la conversación con preguntas para ampliar o clarificar lo que expresaban o se parafraseaba para confirmar lo escuchado. Una vez fuera del domicilio se registraron algunas notas de interés relacionadas al entorno y actitud de la mujer. durante la conversación. Se usó el mismo procedimiento para todas las entrevistas.

### **3.4.4 Entrevistas Subsecuentes.**

Previo a las entrevistas subsecuentes, se analizó el contenido de todas las primeras entrevistas para conocer los temas abordados por las entrevistadas, los puntos que había que clarificar y las posibles preguntas a realizar. Las entrevistas se efectuaron progresivamente, con una diferencia de una a dos semanas, entre una y otra visita.

El tiempo mínimo efectivo que implicó cada entrevista grabada fue de 20 minutos y el máximo fue de 60 minutos. En total se realizaron tres entrevistas por cada una de las cinco participantes, a excepción del quinto caso, que dio la información requerida en dos entrevistas.

### **3.4.5 Transcripción de los Datos.**

Se efectuó una transcripción de las entrevistas grabadas, en la cual se escribió palabra por palabra, se dejó el margen derecho del escrito para anotaciones (Ver ejemplo en anexo No. 3). Se utilizó el procesador de textos del programa Word para transcribir las entrevistas.

Al terminar la transcripción de cada entrevista, se leyó, revisó y comparó palabra por palabra con la cinta de audio, con el fin de verificar la fidelidad de lo transcrito. De esta forma fueron tratadas todas las entrevistas, antes de proceder al análisis de los datos.

### **3.4.6 Análisis de Datos.**

Las entrevistas ya transcritas, fueron codificadas línea por línea, se se compararon entre sí y se subrayaron con diferentes colores. Cada palabra o frase fueron agrupadas en listas por similitud de datos.

Los códigos subrayados con colores semejantes se unieron por listados. En esta clasificación se verificaron las ausencias y se exploró la secuencia de la narración y si quedaba contestada la pregunta formulada por el investigador.

### **3.4.7 Nominación y Verificación de Códigos.**

El proceso de analizar el contenido, identificar y comparar los listados de códigos de nivel I que surgieron, dio sustento para crear los códigos de nivel II, denominados también categorías.

Se aseguró que los nombres asignados a las categorías fueran representativos de los códigos agrupados y que merecían la nominación asignada. El nombre de cada categoría fue registrado frente a cada texto, según correspondiera en los datos de la entrevista (ver anexo No 3).

El siguiente paso, consistió en validar los códigos, para ello se verificaron de nuevo todas las entrevistas y se identificaron los fragmentos que avalaban a cada categoría. Para sustentar cada categoría se extrajeron todos los fragmentos de palabras o frases textuales ( ver anexo No 1).

### **3.4.8 Organización de Resultados.**

Para la ordenación de los resultados se siguió la secuencia de las entrevistas. Se presentan en forma narrativa con algunos fragmentos representativos. Los pasos que se siguieron fueron los siguientes:

1.- Grabación de la entrevista.

2.- Transcripción.

3.- Verificación.

4.- Análisis de los datos.

5.- Agrupación de códigos de nivel I, con palabras o frases textuales de las primeras entrevistas de cada uno de los cinco casos, para compararlas entre sí. Se elaboró otro listado de las segundas entrevistas y por último el de las terceras.

6.- Elaboración de categorías ( Nivel II ).

7.- Al final se revisaron de nuevo los datos transcritos, se sustrajeron los fragmentos textuales para avalar consistentemente cada código. Los resultados fueron presentados en categorías y códigos.

8.- Validación (reconstrucción). Los códigos de nivel I se agruparon por caso, fueron leídos a cada mujer, se le pidió que los verificara. Todas reconocieron sus propias palabras. No agregaron datos nuevos

El tiempo transcurrido para realizar la primera y segunda entrevista del primer caso fue de tres semanas. Para procesar cada una de las entrevistas y concluir con el ciclo de entrevistas de cada caso se invirtieron 24 semanas, trabajando 36 horas por semana.

### 3.5 Ética del Estudio.

El estudio no representó riesgos para las mujeres que aceptaron participar, acorde al artículo 17 establecido en la Ley General de Salud en relación a principios científicos y éticos.

Prevaleció el respeto y protección de la dignidad a la persona como lo establece el artículo 13 de la ya citada Ley, se respetó el derecho de las mujeres en caso de que desearan abandonar el estudio. Se protegió el anonimato de la persona sujeta a investigación, se le explicó sobre el propósito del estudio, el tiempo que podía durar cada entrevista y el número de encuentros máximos para recolectar la información mediante las grabaciones.

De acuerdo al artículo 20 de la Ley General de Salud se les solicitó por escrito a las mujeres su consentimiento para la participación en el estudio, para lo cual firmaron un convenio ( ver anexo No 2). Se asignó a cada una de las participantes una clave de identificación, por número de casos, de acuerdo al artículo 21, que señala el deber de resguardar la identidad de las personas.

## CAPITULO 4

### RESULTADOS Y DISCUSION

#### 4.1 Características Demográficas.

Se entrevistaron cinco madres de familia cuya edad osciló entre 20 y 38 años, la escolaridad materna varió desde nivel de primaria hasta normalista. En relación al estado civil, dos mujeres dijeron estar en unión libre y tres casadas. En relación al número de hijos de las entrevistadas, dos madres tenían dos hijos, otras dos tenían tres y una mujer, cuatro niños.

En relación a la duración de la lactancia, cuatro mujeres ofrecieron alimentación al seno materno hasta el primer año de edad, por lo menos a uno de sus hijos. El tiempo mínimo de lactancia materna fue de cuatro meses y el máximo de 18 meses. El inicio de la ablactación varió entre los dos y seis meses de edad pero siempre se dio junto con la leche materna. La mujer con cuatro hijos ofreció la leche del seno a su tercer y cuarto hijo, en quienes aumentó el tiempo de lactar, de tal manera que al cuarto le dio pecho hasta el año de edad sin incluirle al niño otro tipo de alimento en su dieta. Sólo una madre dio biberón a su segundo hijo al mismo tiempo que con el pecho, basada en la experiencia anterior de

batallar para retirar el pecho, cuando al niño se le alimenta exclusivamente de esta manera. Otro dato importante es que una madre dio lactancia exclusiva al seno y se abstuvo de dar biberón a sus dos hijos.

#### **4.2 Análisis de Datos.**

Los resultados fueron clasificados por categorías, de acuerdo a lo que fue para ellas alimentar al seno materno a sus hijos, globalizó los datos obtenidos o códigos primarios, en seis categorías: a) Experiencia gratificante y vínculo estrecho, b) bondades de la leche y el pecho, c) motivaciones para dar pecho e indicadores de saciedad, d) estrategias maternas para asegurar la producción de leche y autocuidado de los senos, e) dificultades durante la lactancia y respuesta materna, y por último, f) indicadores para retirar la lactancia, sentimientos maternos y estrategias. La secuencia que a continuación se presenta parte del proceso básico natural de cómo las madres del estudio fueron describiendo sus experiencias de amamantar.

La categoría a) Experiencia gratificante y vínculo estrecho surgió cuando las madres consideraron a la alimentación al seno materno como una fuente de satisfacción y orgullo, también como una experiencia bonita y gratificante. Estos resultados concuerdan con los de Quezada (1996), quién reportó que el 91 por ciento de las mujeres señalaron a la lactancia materna como una satisfacción emocional y el 52 por ciento

como gratificación emocional.

La satisfacción experimentada por las madres del presente estudio, la explican, por el orgullo de descubrir que hicieron lo correcto, el dar todo lo que está a su alcance como madre, lo que las hizo sentirse importantes e insustituibles, al estar ofreciendo el pecho les brindó la oportunidad de observar y ver a sus hijos contentos. En esos momentos de contemplación ellas advirtieron "disfrutar el momento, viéndolo tranquilamente, descubriéndolo", les dio sensación de exclusividad entre madre e hijo.

Las madres refirieron que se crearon lazos estrechos porque los niños prefieren estar más con ellas, que con otras personas y que al ir creciendo el niño, se fue formando más cariño, más comunicación, más apego.

*El (amamantar) es estar realmente con él*

*darle con él, sentirlo cerca de mi ser. Se crea un círculo que se hace más estrecho, el cual se va formando a través del contacto.*

*Sentí que había más unión, más amor de tener el calor de ellos es una exclusividad entre madre e hijo.. Me sigue, me prefiere a mí que a otras personas, más que a mi esposo...(Dar pecho es ) prolongar el hecho de que el bebé quiere estar más tiempo con*



la mamá y significa; ¡que nadie lo puede  
cuidar, nadie le puede dar, más que su  
mamá que soy yo!

Con respecto a la relación entre la madre y el hijo, Waley y Wong (1988) refieren que la respuesta recíproca a la prensión del lactante por parte de los padres, consiste en abrazarlo y tocarlo, el estímulo táctil es placentero para ambos, y facilita que el niño adquiera la confianza. Los autores explican también que los lactantes adquieren conductas del desarrollo que influyen en el vínculo afectivo, entre ellas: el llanto, la sonrisa y la vocalización, que son diferenciales mayormente con la madre que con cualquier otra persona. El aferramiento que del niño a los seis meses muestra con una clara preferencia por la madre, siguiéndola más que a nadie, llorando cuando lo deja, sintiéndose más seguro y disfrutándolo cuando juega con él.

Morales y Luque (1997) refieren, que la lactancia materna establece una estrecha relación biológica entre el niño y la madre y que tal vez influya en su interacción, debido a que las hormonas involucradas durante

la lactancia ejercen influencia en el comportamiento de la madre.

Mencionan que dar pecho a libre demanda, sin conflictos, es en realidad una actitud específica de la mujer ante la vida y por lo tanto, no les proporciona mayor problema, lo cual señala a estas mujeres como cariñosas, cercanas, sin temor a interactuar con el hijo.

b) Bondades de la leche y el pecho. Respecto a esta categoría, las

madres que tuvieron varios hijos y que los alimentaron con seno materno de una manera más continua y por más tiempo, argumentaron que en parte la selección o preferencia por dar pecho a sus hijos se debe a las propiedades que le atribuyeron a la leche materna, sobresalieron entre ellas: los nutrientes, las proteínas, vitaminas que dijeron aporta más defensas a los niños. Para ellas, ofrecer la leche del seno materno significó “alimentarlos realmente”, de tal manera que las madres observaron que por dar pecho a sus hijos, éstos fueron más resistentes a las enfermedades y por eso crecieron más sanos.

La leche materna es mejor, porque tiene muchas defensas y nutrientes, tienen menos enfermedades, cuando uno les deja de dar cualquier gripita les ataca, pero no tan fuerte ni tan seguido, produce menos cólicos, hacen mejor del baño y no se enferman de la panza.

La fórmula no la sustituye, no es natural.

Lo anterior concuerda con el conocimiento de los beneficios la leche materna y del calostro que contienen factores de defensa como las inmunoglobulinas y *lactobacillus bifidus* (sustancia que favorece el crecimiento de lactobacilos). La leche materna ofrece protección contra la diarrea debido a que la flora intestinal de los niños amamantados desarrolla lactobacilos y bacterias bífidas que no son patogénicas y producen un pH de cinco a seis, por la fermentación de azúcares y la

producción de ácido acético. El pH ácido inhibe la reproducción de bacterias como *Escherichia coli* y *Streptococcus faecalis*, que predominan como flora en los niños que se alimentaron con fórmula y tienen un pH fecal más alto. La leche materna tiene un efecto absorbente protector que proporciona la inmunoglobulina IgA. Por lo anterior se reporta que la leche materna es mejor que las fórmulas (Redeer, Martin y Koniak, 1995).

Otros atributos que las madres reconocieron por alimentar con seno materno, se relacionan con la apariencia de los niños que fueron amamantados. Los niños alimentados de esta forma los distinguieron por:

Se ven gorditos, pero no tanto, se ven más sanos, con semblante colorado, iluminados, se ven más bonitos, más tranquilos, más vivillos, tienen la cara más limpia, más traviosos. Se sentían protegidos, tranquilos, relajados, serenos, se sienten diferentes, como que duermen más profundo, más contentos.

Las madres también opinaron sobre otras ventajas de la alimentación con seno materno respecto a sus cualidades económicas, higiénicas y de comodidad en la práctica de amamantar, ya que no ocupa un proceso de preparación. Refirieron lo siguiente:

No tienes que gastar. Es más práctico, nada más me limpiaba el pezón y se lo ofrecía...

No necesitas andar cargando botes de leche, agua, ni de hervir biberones, o de lavarlos, ya se tiene el alimento a la mano. No se batalla por la comodidad que es al darselo. No necesita calentarse.

La importancia que las madres dieron a la alimentación con leche del seno, por ser económica, concuerda con lo publicado por la Secretaría de Salud (1994). Sobre el ahorro de artículos, se suple la necesidad de comprar leche de fórmula, aparatos esterilizadores y biberones, la misma institución estimó que el uso del biberón para alimentar a un bebé en el primer año de vida cuesta entre 1,600 y 2,000 pesos mensuales, lo cual en muchos países representa del 15 al 40 por ciento de los ingresos per cápita de una familia y en México rebasa el salario mínimo. En esto no se incluye la atención médica requerida por los efectos del uso del biberón.

c) Motivaciones maternas para dar pecho. Estas se relacionaron con los indicadores de saciedad, con la actitud del niño y las bondades de la leche, mencionadas anteriormente. Una motivación materna interna para dar pecho fue referida por algunas mujeres, quienes dijeron que alimentaron con seno materno por convicción propia.

Le dí porque yo quería darles, porque nace el sentimiento de darle pecho a mi hijo... Es otra forma de afecto. El biberón no satisface

la necesidad del niño de estar prendido al pecho.

Lo anterior concuerda con la opinión de las madres acerca de la lactancia, en un estudio realizado en Malinalco, estado de México, Pérez, Rueda y Diez (1993), ellas dijeron que les gustó amamantar porque es un hecho natural y "es bueno para el niño" sin embargo otras lo percibieron como "un deber ser". Dos de las madres que no amamantaron en el estudio citado, refirieron que les causaba molestias y que les disgustaba "tener pegado al niño". Por otra parte, en el presente estudio. Otro motivador, que surgió de las madres para dar pecho, fue por observar en los niños los beneficios obtenidos. Algunas mujeres optaron por amamantar, por influencia de otras personas cercanas a ellas, al respecto las madres dijeron:

Ví a una tía dar pecho, sus niñas estaban muy

bonitas. El niño de mi cuñada estaba muy gordo, por eso más me daban ganas de darle pecho. Cuando voy con mis suegros dicen

Qué bueno que les das pecho- y mi suegro está muy contento, porque les doy pecho, a todas las niñas y mi esposo también dice que, que bueno que les doy pecho. La mamá de él me decía que le diera pecho a la niña, que crecían más grandotes, se podían enfermar

menos y que no quedaba embarazada muy rápido.

Le doy por influencia de mi esposo, dice que es bueno darle pecho porque no se enferman.

Estos resultados tienen relación con lo reportado por Quezada (1996). Sobre las variables socioculturales que influyen en la conducta de alimentar al seno materno la cual recae en la familia. Como motivadores externos sobresalieron los esposos y las madres, como internos, el bienestar y la seguridad que perciben las mujeres al amamantar.

Zuriel & Leonard (1986) encontraron que el 80 por ciento de dos grupos de madres, (uno que alimentó con seno materno y el otro con fórmula), le preguntaron a sus esposos, sobre su preferencia de amamantar, ésta fue significativamente positiva entre el grupo de las que amamantaron.

---

La decisión que tomaron las madres por amamantar coincide con Perez, Rueda y Diez (1993), quienes reportaron que las madres son las que deciden cómo alimentar a sus hijos durante el primer mes. También concuerda con el hecho que las madres, las suegras y las parteras influyen en el rol de cuidar al niño y en la toma de decisiones de las mujeres.

c) Las señales o indicadores de saciedad del niño hacían suponer a las madres que el niño se quedaba satisfecho porque completaba con la

leche del pecho, esto reafirmó la motivación de las mujeres para mantener el amamantamiento:

El niño no lloraba, yo creo que quedaba satisfecho, me lo prendo, comen bien, llenaba y se quedaba dormido, Si se quedaba despierta se quedaba quieta y ya no lloraba. Los niños comen y enseguida se les ve la expresión en la cara, se calmaban, se quedaban dormidos o quedaban despiertos contentos, jugando pero tranquilos, en paz, sin llorar. Yo me tocaba los pechos y cuando tenía mucha leche los sentía duritos, con tantito que se prendan, si sale suficiente, se quedan dormidos, satisfechos, llenos...

Prespecto a la sociedad y la respuesta observada en los niños por las madres, Whaley y Wong (1988) explicaron que la habilidad de la madre, la cantidad de alimentos o duración de la succión, no son los factores de los que depende la calidad de ésta experiencia; es la calidad global de la relación interpersonal. La teoría para explicar la capacidad de aprender según Jean Piaget, citado por Whaley y Wong, señala que la etapa que va del nacimiento al primer mes de edad, se relaciona con el uso de reflejos como el de succión, búsqueda de alimento con la boca, prensión y llanto. Argumenta que el carácter del uso repetitivo de estos

reflejos originan asociaciones entre el acto y la respuesta. De tal manera que cuando el niño, llora por que tiene hambre, recibe el pezón en la boca, succiona, siente satisfacción y se queda dormido. Del primero hasta el cuatro meses de vida las reacciones circulares primarias, actividades como la succión y la prensión se convierten en actos deliberados en los que el niño reconoce el estímulo que produce la respuesta. Lloro hasta obtener el pezón y lo asocia con la voz de la madre. Se adapta interrumpiendo el llanto al escuchar su voz antes de recibir el pezón.

En el presente estudio, las mujeres señalaron la actitud del niño de pedir el pecho, como un motivador para seguir amamantándolo por un tiempo largo, hubo actitudes con la forma de ruego y el llanto del hijo.

Expresaron:

Los niños siguen pidiendo, si uno les da, ellos

siguen. Se me acercaba, me buscaba y me

pedía pecho, le daba y seguía pidiendo más.

Para que no esté llorando en la noche es mejor

dárselo hasta que él no lo quiera. Siento que

más que por alimento él lo toma como por algo

emocional, porque no siento la leche, y como

quiera el está tomando. De grandes, lloraban,

se acercaban y se recargaban, (quieren) que

uno los agarre, los cargue y luego ellos



empiezan a buscar, aunque no les saque nada  
quieren estar masticando (el pezón) ahí.

Algunas mujeres reconocieron seguir dando pecho por hasta un año de edad, porque el niño no consumía otro tipo de alimento que ellas vieran que lo nutriera. Pensaban que así lo protegían. Al respecto dijeron:

Si no le daba pecho y no iba a estar comiendo  
bien (otro alimento), entonces que le iba a estar  
dando. Por eso es mejor dar el pecho.

d) Estrategias matemáticas para asegurar la producción de leche y el autocuidado de los senos. Esta categoría fue representada porque las madres aseguraron que inicialmente tenían que estar altamente convencidas de querer dar pecho para tener la paciencia de esperar a que el niño aprendiera a tomar el pezón, y que saliera la leche. Con

respecto a las estrategias que usaron la mayoría para asegurar la producción de leche, dijeron:

Si uno toma muchos líquidos, se alimenta  
bien y se estimula, vas a producir todo eso.  
Tomaba atoles, verduras, carnes, fruta, nada  
de grasa, café, cerveza, mucha leche, soda  
de manzana, agua o lo que fuera, para que  
saliera.. y me salía, ¡ hasta se me tiraba la  
leche! Para que la leche no se fuera tenía

que sacarla. Cuando me bañaba me ponía agua caliente en el pecho para que me estimulara .

Los resultados coinciden con Reeder, Martin y Koniak (1995), en relación a las recomendaciones de la dieta durante la lactancia.

Señalaron que se requiere aumentar el consumo de leche por lo menos de uno a uno y medio litro al día para cubrir las necesidades adicionales de proteínas. Además complementar las raciones recomendadas de fruta y verduras. Para la producción de leche, también se requiere un consumo elevado de líquidos entre -2500 a 3000 ml. para madres con actividades normales. El consumo de líquidos debe incluir agua, así como otras bebidas. Tomar una bebida antes de alimentar al niño facilita el reflejo de "bajada de la leche". En este reflejo se experimenta una sensación de cosquilleo o estiramiento del pezón, seguida por sensación de pesadez de los senos.

e) Dificultades comunes durante la etapa de lactancia y respuesta materna. Las madres sintieron dolor de espalda, aparición de grietas o dolor de los pezones y lo relacionaron con a la fuerza de succión del niño o con la forma incorrecta de succionar. Dijeron:

Se me partieron las chichis (pezones)  
 porque no me mamaba bien, porque no  
 pescaba bien la bolita. Batallaba para poder  
 acomodarse y me lastimaba mucho. Me

mordía. Batallé tres días para que me bajara la leche y para que se prendiera bien.

Si tienes bien metido (en la cabeza) que le vas a dar, vas a alimentar, entonces si uno está bien decidida a agarrar paciencia, tiene que salir (la leche) porque tiene que salir.

Estos datos sobre la actitud de disponibilidad para la lactancia por parte de las madres coincide con Reeder, Martin y Koniac (1995) quienes mencionaron que el reflejo de "bajada de la leche" depende en gran parte de factores psíquicos y de las emociones maternas.

El autocuidado de los senos incluyó la aplicación de agua con manzanilla sobre los senos, uso de cremas o aceites para lubricar los pezones o bien los trataron con agua tibia, el baño diario y procuraban tenerlos descubiertos por un rato, para luego seguir dando la alimentación

normal al bebé. Aún con las molestias ellas permanecieron dando pecho para lo cual dijeron:

Yo me sentía muy bien de seguirle dando,  
aunque me salieran las grietas y me sintiera  
yo mal porque sabía que le hacía bien al  
bebé. Me sentía a gusto darles pecho.  
Le daba más seguido.

Respecto a la presencia de problemas durante la lactancia O'Quin, McIntre y Meade (1992) en su estudio encontraron que el 48 por ciento de

las madres negaron haber tenido problemas, el 21 por ciento no contestó y el resto refirieron haber tenido dolor, falta de leche y sufrido mordizcos del bebé. Ninguna refirió que su pareja le haya aconsejado el destete.

f) Indicadores para retirar la lactancia, sentimientos maternos y estrategias. A medida que el niño crecía, las madres notaban que el hijo ya no completaba con su leche:

No sabía cuánto estaba comiendo o tomando de leche, no comprenderlo era algo muy angustiante. La (leche) que les hace bien es la de los primeros cuatro meses, después del año ya no le hace provecho, ya no es tan benéfico como antes, además ya no había suficiente producción de leche, yo no la veía y no la sentía. Succionaba mucho y no le salía porque seguía pidiendo.

Reeder, Martin y Koniak (1995) coinciden con la afirmación de que algunas mujeres temen perder la leche cuando desaparece la congestión porque sus senos regresan al tamaño normal. Lo real es que aunque la inflamación desaparece, la producción de leche continúa. Entre los indicadores mencionados por los autores para identificar si hay producción de leche, se señalan la deglución, que es audible y el que el niño succione con menor esfuerzo. Como se produce en ambos senos, la leche gotea del seno que no se succiona.

Por otra parte, se obtuvieron datos de mujeres quienes al descubrir que se encontraban embarazadas suspendieron la lactancia. Dudaban de hacerlo, porque refirieron sentirse mal por verlos llorar al pedir el pecho y sentían hacerlos sufrir al "Negarles el pecho... es como negarle un plato de comida". También tenían miedo de que el niño no llenara con su escasa leche. Las madres que incluyeron otro tipo de alimento a sus niños en conjunto con la leche del seno, batallaron menos para retirar el pecho en comparación con las madres que amamantaron de forma exclusiva a sus niños.

La forma en que suspendieron el amamantamiento varió de entre un día para otro, (forma repentina) hasta retirarlo de manera que el niño por sí solo lo fuera dejando (forma prolongada). Las estrategias se agruparon en la última categoría en conjunto con las de ofrecer suplementos del pecho como tranquilizadores del niño, entre ellas

---

narraron lo siguiente:

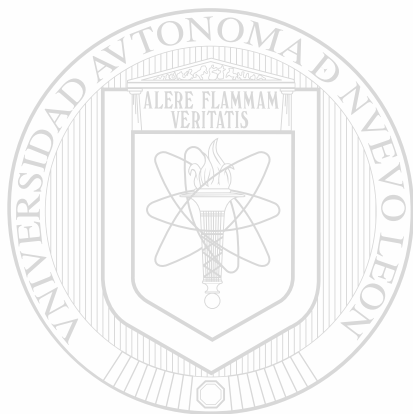
El biberón con jugo en la noche, atoles, dulces o galletas. Se la fui quitando poco a poquito, la hacía comer, le daba un dulce y no pedía leche del seno, hasta que la dejó y ya no extrañó.

Reeder, Martin y Koniac (1995) señalan que, en los casos de mujeres que suspenden el amamantamiento en forma repentina, resulta incómodo e inquietante tanto para la madre como para el niño. El suspender la lactancia materna puede resultar traumático para ambos,

cuando el amamantamiento es una experiencia satisfactoria. Señalan los autores que en la actualidad, los profesionales aconsejan que se destete al niño en forma paulatina en el momento en que las madres o los niños así lo deseen y que casi nunca se requiere del destete repentino.

Al suspender la lactancia debe sustituirse con alguna experiencia reconfortante, como mecerlo, abrazarlo, darle alguna bebida nutritiva.

Suprimir tetadas en forma periódica, hasta que el niño deje de tomar la leche materna.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## Conclusiones.

La experiencia de amamantamiento fue agrupada en seis categorías o códigos de nivel II que surgieron de la agrupación de los códigos de nivel I, éstos a su vez, constituidos por las narraciones de las mujeres sobre la alimentación al seno materno. Estas categorías fueron:

a) Experiencia gratificante y vínculo estrecho. Relacionada al contacto cercano entre la madre y el hijo. Resalta el orgullo de las madres, generado por la satisfacción de cumplir con su rol materno,

b) Las bondades de la leche y el pecho. Las propiedades de la leche materna; inmunológicas, nutricias, de crecimiento y para el desarrollo emocional del niño, fueron reconocidas como benéficas para los hijos, en los que detectaron una apariencia diferente, en comparación con los

alimentados con fórmulas. Las bondades de la leche materna y el pecho se extienden con beneficio hacia las madres por lo práctico y disponible, además de lo económico que resultó esta forma de alimentación para la familia, c) Las motivaciones maternas para dar pecho fueron relacionadas con las categorías anteriormente mencionadas y con los indicadores de

saciedad del niño. Las ventajas o bondades de la leche materna y del pecho, los sentimientos maternos de hacer lo correcto y observar que los hijos completan con la leche porque los ven satisfechos y sanos, constituyeron los principales motivantes de la mujer para amamantar.

d) Las estrategias maternas para asegurar la producción de leche y el autocuidado de los senos, guardan una relación de causa efecto con la siguiente categoría; e) Dificultades comunes durante la lactancia y respuesta materna. Las molestias por el dolor de espalda, grietas y dolor de los pezones, fueron referidas por las madres como parte del proceso normal de la lactancia, para los cuales, la mayoría de ellas utilizó remedios caseros. Para la tardanza de la secreción láctea y mantener la cantidad de leche necesaria, recurrieron a la estimulación de los pezones y la modificación de la dieta, aumentando líquidos y alimentos nutritivos, f) Los indicadores para retirar la lactancia, sentimientos maternos y estrategias. Las madres, refirieron que las señales de saciedad en los primeros meses de edad del niño cambiaron a medida que los niños crecían y requerían de más alimento. El llanto de los niños y la demanda persistente de leche del seno, angustiaba a las mujeres porque no

---

sentían que estaban alimentando al niño lo suficiente. La actitud del niño, provocó en las madres sentimientos ambivalentes entre dar y retirar el pecho. Este proceso de confusión contribuyó a que se prolongara el tiempo de alimentar al niño con seno materno.

Finalmente la utilización de la teoría fundamental es un método adecuado para profundizar en el estudio de fenómenos sociales como el de la alimentación al seno materno.



## Recomendaciones.

Continuar con el uso del método de investigación cualitativa en el área de salud para ahondar no sólo en problemas sofisticados de impacto y trascendencia masivo, sino también en aquellos relacionados al comportamiento humano, en forma especial en los procesos que por su naturaleza cotidiana aparentan ser simples, pero que son de difícil comprensión debido a la interpretación de lo que simboliza para las personas. El método cualitativo da herramientas para incursionar en ello.

Se sugiere repetir el estudio o ampliarlo considerando lo siguiente:

Que la entrevista inicialmente se dirija al primer evento de alimentación al seno materno, saturar la experiencia de la mujer con su primer niño y de esta manera proseguir con las experiencias en relación a los siguientes

hijos.

Aplicar este tipo de método en el mismo fenómeno aquí abordado, pero con el enfoque de explorar la influencia y percepción que los padres tienen desde su perspectiva, es decir el valor que ellos le dan a la alimentación al seno materno y lo que representa para sus compañeras.

Se recomienda la práctica del uso de la teoría fundamental en los estudios de investigación de diseños cualitativos que permitirá a enfermería reconocer los procesos sociales para elaborar en el futuro estrategias para incidir en ellos.

## BIBLIOGRAFIA

- Blumer, H. Symbolic Interactionism: Perspective and Method. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (1969).
- Casanueva, E. La lactancia un reto materno. Cuadernos de Nutrición Instituto Nacional de Perinatología 20(1) (1997).
- Chenitz, & Swanson J.M. From practice to grounded theory. Qualitative research in nursing. Menlo Park, California: Addison - Wesley Publishing Company (1986).
- Glaser, B. G. Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory. Mill Valley, California: The Sociology Press (1978).
- Glaser, B. G. & Strauss, A.L. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldine (1967).
- Kavanaugh, K., Mead, L., Meier, P. & Mangurten, H.H. Getting enough: mothers' concerns about breastfeeding a preterm infant after discharge. Journal Obstetric. 24(1). 136-139 (1995).
- Kearney, M., Murphy, S., Irwin, K. & Rosenbaum, M. Salvaging self: A grounded theory of pregnancy on crack cocaine. Nursing Research. 44(4) (1995).
- Keefe, M., Kotzer, A.M., Froese, F. A., Curtin, M. A longitudinal comparison of irritable and nonirritable infants. Nursing Research. (45)1 4-9 (1996).
- Ley General de Salud. Ley y Códigos de México. De. Porrúa, S.A. México (1994).
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, California: Sage (1985).
- Lincoln, Y. S., & Guba, E.G. Naturalistic inquiry. (2ed. ) Newbury Park, California: Sage Publications (1993).
- McCann, M. y Bender, D. Práctica de la alimentación materna infantil en zonas rurales de Bolivia. Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana. Organización Panamericana de la Salud. 15(2). 118-126 (1993).
- Morales Carmona, F y Luque Coqui, M. Aspectos psicológicos de la madre durante la lactancia al seno materno. Cuaderno de Nutrición. 20(17). 24-29 (1997).

Secretaría Estatal de Salud. Lactancia Materna en México. Ed. Secretaría Estatal de Salud. UNICEF (1994).

Polit, D. y Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud 5a. Ed. Interamericana, México: Mc.Graw- Hill (1997).

Pérez Gil R., Rueda Aróniz, F. y Díez U.C. S. Lactancia y cuidado de los hijos: Estudio de casos en dos zonas rurales de México. Revistas de Salud Pública. 35(6). 692-699 (1993).

Quezada Caseres, L.V. El aprendizaje social y la práctica de la lactancia materna. Tesis inédita. Facultad de Enfermería, UANL (1996).

Redfern Vance, N. & Hutchinson, S. A. The process of developing personal sovereignty in women who repeatedly acquire sexually transmitted diseases. Qualitative health research.5(2). 222-236 (1995).

Reeder, S. J., Martin, L.L.y Koniak, D. Cuidados nutricionales del lactante. Enfermería materno infantil. (17a). Ed.Interamericana México: Mc Graw Gil (1995).

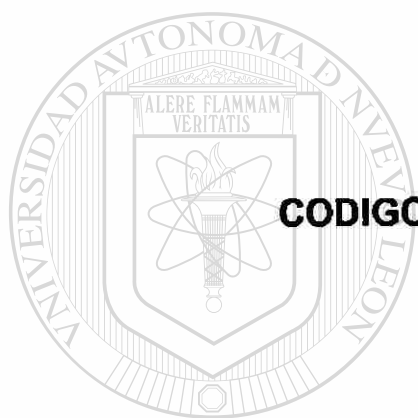
Robecht, L. C. Ground theory: Evolving methods. Qualitative Health Research 5(2). 169- 177 (1995).

Taméz Tigerina, M.,G. Frecuencia de amamantar. Secretaria Estatal de Salud. (1988 ).

Tuziel, D.& Weller, L. Social and psychological determinants of feeding and bottle-feeding Mothers. Basic and applied social psychology. 7(2). 85-100 (1986).

UNICEF. O.P.S. Módulo de Capacitación Sobre Lactancia Materna. México DF. No. 20 (1992).

Whaley, L.F. y Wong, D.L. El primer año: colocación de los cimientos. Tratado de enfermería pediátrica. (2da).Ed. Interamericana. México McGraw - Hill (1988).



**ANEXO No. 1**

**CODIGOS Y FRAGMENTOS TEXTUALES DE  
LAS ENTREVISTAS**

UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## ANEXO No. 1

## CATEGORÍAS Y CÓDIGOS

## Categoría: Experiencia Gratificante.

No. de caso	Fragmentos textuales de la entrevista o códigos de nivel I
1	* Una cosa muy bonita.
2	* Una satisfacción. *Darle pecho, sentí muy bonito
4	* Orgullo que me quedó que les di pecho a mis tres niñas.
1	* Es dar todo lo que se puede dar, todo lo que está a tu alcance como madre. Cumplí porque hice lo correcto.
2	* Disfrutar el momento viéndolo tranquilamente, descubriéndolo.
3	* Sentí muy bonito tenerla cerca.
3	* Yo me siento agusto darle todavía pecho.
4	* Yo me siento bien, nomás que los veo que están todas bien, me siento mejor.
4	* Es el orgullo que me quedó, me siento mejor.
5	* Esa dependencia es el sentirte muy útil para él, muy necesaria para él, para mí eso era gratificante, saber que era insustituible, me sentía muy importante para él. * Gratificante, por volver a sentirlo muy cerca de mí. Sentir que depende completamente de ti.
5	* Ver su cara, como se siente contento, acariciar su cara, verle los piecitos.
	* Demostrarle que lo quiero y corresponderle a la importancia que te dan.

### Categoría: Vínculo Estrecho.

Caso	Fragmentos textuales de las Entrevistas o códigos de nivel I
1	<p>* Yo les di pecho y me seguían mucho, igual que la niña me sigue. Platicaba y me agarraba, empezaba a sobarme la nariz. (muestras) De cariño y amor, de que quieren estar con uno. Tenerla cerca de mí por dar pecho. Lo he tenido más en contacto conmigo. Tener contacto, calor, sentirlos cerca. Es el contacto entre el bebé y la madre al sentirlo cerca. Es estar con él.</p>
1	<p>* Estar juntas mucho tiempo y al ir creciendo fue formándose más comunicación, más cariño. Porque sí lo siguen a uno mucho, aún no siendo hijos de uno (ella dio pecho a dos sobrinos y explica el caso de su hermana) Ella casi no tomó pecho y es más despegadita.</p>
1	<p>* Sentí que había más unión, más amor, de tener el calor de ellos.</p>
2	<p>* Se crea un círculo, pero se hace más estrecho entre la madre en ese tiempo que es bebé.</p>
2	<p>* Dar pecho es un sentimiento que tiene o se crea uno, va relacionado con el hijo y la mamá.</p>
2	<p>* Aprovechas ese ratito para sentarte y darle (pecho) y al mismo tiempo lo estás viendo, lo estás descubriendo. Todo en ese ratito, porque...</p>
2	<p>* Los primeros meses es una exclusividad de madre e hijo, nada más.</p>
2	<p>* Cumplí con una etapa, esa etapa de dar pecho. * Para mí fue mejor dar el pecho a los niños, cumplí con mi maternidad porque sientes que.. ¡cuelga de mi una vida!</p>
3	<p>* Para mí estuvo bien dar pecho.</p>
	<p>* Me conoce más...la cargo y ya, (deja de llorar)yo digo que a lo mejor por eso (el pecho) me conoce más, yo le hablo y se queda calladita.</p>
4	<p>* Hay más comunicación, más cariño y apego.</p>
4	<p>* A lo mejor me conoce más porque soy la que le da de comer, nomás con hablarle, luego luego, se queda calladita, nomás la cargo y aunque esté viendo tele, ella se queda quieta, calladita.</p>
5	<p>* No hay comparación (De la leche materna). Quiere estar mucho conmigo. Me sigue, me prefiere a mí que a otras personas, más que a mi esposo.</p>
5	<p>* Prolongar el hecho que el bebé quiere estar más tiempo con la mamá y el sentirlo cerca de mí ser. Nadie más lo puede cuidar, nadie más le puede dar, (pecho) más que su mamá, que soy yo. Me sentía muy importante para él, sentirte insustituible, es sentir que sigue formando parte de tí, de tu vida. Al momento de darle el seno materno es como volver a sentirlo muy cerca de tí, ¡no hay nadie más!</p>
5	<p>* Es estar realmente con él. Darle con él, como que me he desbordado, lo que no les di a los demás se lo di a este.</p>

### Categoría: Bondades de la leche y el pecho.

No. de Caso	Fragmentos textuales de la entrevista o códigos de nivel I
1	* Tiene más defensas la leche y tienen menos enfermedades, es más práctica. Les hace bien. Es más práctico, nada más me limpiaba el pezón y se lo ofrecía, está higiénico, no necesitas andar cargando botes de leche, agua, ni hervir biberones, se emplea ese tiempo en otra cosa. Casi siempre iban bien en peso y talla.
2	* Cuando uno les deja de dar cualquier gripita les ataca, pero no tan fuerte ni tan seguido. La leche materna es mejor porque tiene muchas defensas y los nutrientes. Son más resistentes a las enfermedades. No necesita calentarse, no necesita lavar biberones. No se iguala nunca. La fórmula no la sustituye, no es natural. Se tiene el alimento a la mano, no tienes que gastar, no se batalla por la comodidad que es al dárselo, ya está listo. Produce menos cólicos, hacían mejor del baño, no se enferman de la panza. Vi que el primero no se enfermó del estómago, ni dolores de panza, ni de estreñimiento, mientras di pecho.
3	* No gastas (hace señal con la mano) No había dinero para comprarle teta.. (biberón). Cuando se enferman, para no darles cualquier cosa, medicina, era mejor el pecho. Si se me enfermaban y no querían comer mejor les daba su pecho
4	* Tiene más proteínas y más defensas para él, más vitaminas y calcio los niños crecen más sanos no se enferman fácilmente, con el pecho nomás le daba en la noche, ni me levantaba, ahí la tengo, ahí le doy de comer.
5	* Aporta más nutrientes y agua, es alimentarlo realmente, el pecho es más suave y va tomando lo que necesita. La mujer que amamanta a su bebé el útero regresa más pronto a su estado normal.
1	* Engorda, pero no mucho, se ven gorditos pero no tanto, no se ve "bromoso" ni con gordura exagerada.
2	* Se ven más sanos, con semblante colorado, "iluminados", se ven más tranquilos, más "vivillos", tienen la cara más limpia, no huelen fec.
2	* Se relajaban, se sentían protegidos, tranquilos, relajados, serenos, se ven diferentes, se sienten diferentes, como que duermen más profundo, más contentos * ¡Se les ve sanos! no los ves tan rellenos... como decir "rellenos artificiales".
3	* ( Engordan más con pecho) -sí- Pues, no son muy "gordotes".
4	* Los veo más bonitos y más gordos, más grandes.
4	* Alimentados con pecho son más "vivos", más traviesos. Tienen los bracitos bien llenitos, son más "vivos", más traviesos.

### Categoría: Motivaciones para dar Pecho e Indicadores de saciedad.

No. de Caso	Fragmentos textuales de las entrevistas o códigos de nivel I
1	* Dan algunas defensas que le van a ayudar al bebé a contrarrestar algunas enfermedades que dan, es más práctico .
2	* Les di, porque yo quería darles también. No lo pensé, no se piensa. * Ví que sí les dejaba beneficio, vi que agarraban defensas. Es mejor porque tiene defensas. También por la publicidad, que dicen es mejor dar pecho.
2	* Porque nace el sentimiento de darle a mi hijo el pecho.
3	* Antes de que yo me aliviara el niño de mi cuñada estaba bien gordo y a mí me gustaba mucho, que se veía muy bonito y por eso más me daban ganas de darle pecho. Mi esposo decía que porqué no le daba pecho, que era lo más importante y yo por eso le hice caso y le empecé a dar pecho.
4	* Vi a una tía dar (sus niñas estaban muy bonitas).
5.	* Es otra forma de afecto, descubrirlo con la niña, con el bebé yo quería que fuera igual. Me di cuenta que esa parte de ser mamá la tenía que disfrutar.
5.	* El bebé ha sido algo más especial y la niña fue muy difícil el alumbramiento pensé que no la iba a tener y por eso le dí pecho. Le dí por influencia de Fernando, dice que es mejor darle puro pecho porque no enferman. El biberón no satisface la necesidad del niño de estar prendido del seno.
1	* Era mucho lo que podía tener pecho, traía de sobra, me tenía que sacar la leche. Me salía mucho, como si fuera a presión, me sentía que mis pechos me dolían mucho, que se me llenaban mucho de leche.
1	* El niño no lloraba, yo creo quedaba satisfecho. Me los prendo, comen bien, llenaba y se quedaban dormidos, termina llena de leche, lista para dormir. Se quedaba dormidita, si se despertaba, se quedaba quieta, ya no lloraba, siempre iba bien con su peso.
2	* Llenaba cinco a siete biberones. Yo me tocaba los pechos y cuando tenía mucha leche los sentía duritos. Quería que estuviera despierto, le daba pecho, para que se quedaran despiertos pero tranquilos. Con tantito que se prendan, si sale suficiente, se quedan dormidos, satisfechos, llenos.
2	* Comen y luego luego les ve uno la expresión en la cara.
3	* Ya no lloraba porque le acababa de dar el pecho.
4	* Si la agarra se queda dormido, le da uno y ya se queda en paz.
4	* No quería comer ni comida, ni biberón, ni la probaba y me la aventaba. * Come y después está a risa y risa, repite, se sienta y juega. Tenía mucha leche, se me tiraba de un lado, se sentían los senos... como las venitas y me dolían un poco, pero yo sabía que era porque tenía mucha leche, se siente calientito.
5	* Con el pecho inmediatamente empieza a cerrar los ojitos y se duerme. Si va muy inquieto, agresivo, peleando ( le da el pecho)se calma, se duerme, incluso.



## Categoría: Motivaciones para dar Pecho e Indicadores de saciedad

No. de Caso	Fragmentos textuales de la entrevista o códigos de nivel I
1	* El niño se me acercaba y se me acurrucaba, se arriman más, que ya quieren pecho. Los niños siguen pidiendo, si uno les da ellos siguen pidiendo.
2	* Seguía llorando y seguía pidiendo más, se quedan buscando. De chicos abrían y torcían la boca para un lado, si me encontraban la ropa luego luego la chupaban. De grandes lloraban, se acercaban, se recargan, quieren que uno los agarre y los cargue, luego ellos empiezan a buscar, aunque no le saque nada quiere estar masticando ahí.
3	* El se me acerca, me habla, se sube a la cama, me pone la almohada y quiere que me acueste con él.
4	* Lloraba y como yo la traía cargada, quería estar pegada y yo le daba, como la acostaba conmigo, se me quería pegar, le quiero dar el chupón y llora más.
5	* Se me acerca mucho, por ejemplo, si está en el brazo, empieza a chupar el brazo, se da cuenta que no es y llora, busca busca, hasta que se acomoda.
1	* No se lo quería quitar porque estaba segura que yo así los protegía, pero tenía miedo que el niño no llenara. Yo siempre se los dejaba más tiempo, porque ellos no lo querían dejar. Porque batallaba yo para quitárselos. Por no batallar y hacerlos sufrir de quitarles el pecho así nada más.
2	* Alimentar al seno materno por un año es un ciclo que dices: "hasta aquí es todo el beneficio que pudo haber recibido de la leche materna". Para decir "toda esta etapa ya la cubrí". Del año para arriba ya pueden comer, su organismo ya está maduro preparado para recibir otros alimentos"
3	* No tenía (dinero ) yo por eso le di pecho, Si les hubiera dado teta, después no iba a tener dinero para comprarles leche por eso preferí darles pecho. * Si no le daba pecho y no iba a estar comiendo bien, entonces ¿qué le iba a estar dando yo? por eso digo "¿como lo voy a dejar también sin darle el pecho, si no come bien?" mejor dar el pecho. Y por no batallar para que no lloraran.
3	* Cuando come bien, mama cuando se va a dormir. Para que no esté llorando en la noche es mejor dejárselo hasta que él no lo quiera
4	* Yo seguía dando pecho por que no me molestaba ni nada, yo le seguía dando, además más bien que nunca la tenía enferma.
5	* Yo siento que más que por alimento él toma como por algo emocional, porque no puede estar tomando, no siento la leche y como quiera está tomando, quiere y quiere. A lo mejor es como prolongar el hecho de que durante el embarazo está contigo aquí (señala su vientre).

**Categoría: Estrategias maternas para asegurar la producción de leche y autocuidado de los senos.**

No. Caso	Fragmentos textuales de las entrevistas o códigos de nivel I
1	* Tomaba atoles, verduras, carnes, fruta, nada de grasa, todo eso para que me saliera y ya, me salía. (eso le ayudaba a tener leche) sí.
1	* Me tenía que sacar la leche porque la niña comía menos.
1	* Pero yo como quiera le seguía dándole alimentación normal del bebé.
2	* Si está decidida uno a agarrar paciencia, esperar a que el niño se prenda de uno y a uno le salga la leche.
2	* Si tienes bien metido que les vas a dar, que lo vas a alimentar (si alguna no dio pecho) es porque no se estimula. Entonces si uno esta bien decidida a agarrar paciencia..tiene que salir porque tiene que salir.
2	* Si uno se alimenta bien y toma muchos líquidos vas a producir todo eso y si no no, sí produces, pero no en mayor cantidad.
2	* Tomé café, tomé cerveza, mucha leche, mucho atole...
2	* Cuando me bañaba me ponía agua caliente en el pecho, para que así estimulara.
2	* Para que la leche no se fuera teníamos que sacarnos la leche.
4	* Me tomaba una joya de manzana, (nombre de refresco) hasta se me tiraba la leche. * Yo decía: tomaba agua, joya o lo que fuera y como quiera así tenía más leche.
1	* Agua tibia, manzanilla y alimentación normal del bebé.
4	* Mi suegra fue la que me dijo qué me pusiera y se me quitó, me parece que una crema o algo así, o no me ponía nada, el baño y cambio diario.
4	* Le daba un biberón, yo descansaba un rato de que ya no me dolían Le daba biberón por mientras para descansar tantito para volver a darle pecho.
5	* Le daba pecho, luego luego me lavaba y trataba de tenerlo descubierto o sea quitarme un rato el sostén. ¿Problemas con los senos? sí, pero, los soporté más porque sentí que “¡era parte de!” era más soportable, porque hubo más atención, el tratar de que no se me hicieran grietas.
5	* Me limpiaba con agua, usaba aceite de almendras para lubricarlos.
5	* Primero, no me puse aceite de almendras, nada más me limpiaba, me dolía y por eso tardaba más (en recuperarse los pezones).

**Categoría: Dificultades comunes durante la lactancia y la respuesta materna.**

Caso	Fragmentos textuales de las entrevistas o códigos de nivel I
1	* Pezones adoloridos y la espalda también, se cansa más porque nada más está uno sentado y succionan muy fuerte.
2	* Batallé como tres días para que... primero para que me bajara la leche y otra que el niño este... se prendiera bien.
3	* Se me partieron las chichis, la "bolita", se me quitaba el cuerito, porque no me mamaba bien, porque no pescaba bien la "bolita" yo sudaba porque me dolía.
4	* Me cansaba, me salieron las grietas y me dolían.
5	* Batallaba mucho para poder acomodarse se acomodaba, quería tomarlo y me lastimaba mucho. Me mordía, ahorita ya no me muerde
5	* No supe qué podía darle de comer en la escuela, no, y no le dí, pienso que por eso tuve menos leche
1	* Seguí dando pecho porque sabía que le hacía bien al bebé.
2	* Agarrar paciencia, esperar a que el niño se prenda de uno y a uno le salga la leche.
3	* Sólo se lo fui quitando. (siguió dando así porque tenía que darle pecho).
3	* Yo me sentía muy bien, de seguirle dando aunque me salieran las grietas y me sintiera yo mal.
4	* Me sentía a gusto en darles pecho.
5	* Le daba leche más seguido, en vez de darle cuatro veces le daba siete, o más frecuente.
5	* No sabía que había que masajear el pezón, hasta con la primera (dió masaje a los pezones).

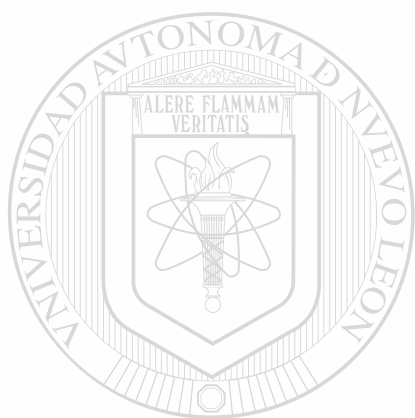
**Categoría: Indicadores para retirar la lactancia, sentimientos maternos y estrategias.**

No. de Caso	Fragmentos textuales de la entrevista o códigos nivel I
1	* Supe que estaba embarazada. Venía de una cita en el hospital me dijeron que se lo quitara , que ya no le hacía provecho.
2	* No sabía cuánto estaba comiendo, en cantidad, no comprendía eso, era muy angustioso.Succionaba mucho y no le salía porque seguía pidiendo
3	* Era tiempo de no darles pecho a ellos porque estaban grandes. Tenían que comer, tenía que darles comida. Me embaracé por eso se lo quité, (el darle pecho). No quería seguir dando pecho, para que pudieran comer comida
4	* Ella comía y estaba muy bien, comía mucha comida, ya tomaba en vaso, por eso se lo quité. * Decían que la leche que más le hace bién es la de los primeros cuatro a seis meses.
5	* Aparte de que no lo aceptaba muy bien, porque ya no tengo producción de leche, yo siento que no le hace mucha falta, ya come otras cosas más, ya va a cumplir el año, ya camina, y él busca menos que antes. Ya no es tan beneficioso como antes. Veo que tengo poca leche y en una, dos o tres ocasiones le doy y no quiere. En la guardería dijeron que ya no le diera pecho.
1	* Me sentía mal, es como negarle a él un plato de comida, me sentía mal el negarles el pecho. No se los quería quitar, pero también tenía miedo de que el niño no llenara, se sentía feo por no batallar y hacerlos sufrir. A ella, sí se me hace que se lo quité más drástico, de un día para otro. Yo tenía confianza de que no iba a batallar con él (el niño) lo vi más noble.
2	* Que ni iba a batallar yo, es desesperante que no me saliera leche.
3	* Me sentí muy mal por habérselas quitado, yo quería llorar por verlo a él que estaba llorando por eso. Quiero quitárselo me da "cosa" no darle, siento feo oírlo llorar, sentía "cosa" por quitarles el pecho, me daba coraje porque no comía (comida).
4	* Casi más lloraba yo que ellas y mejor les daba y hasta se me olvidaba y decía: - no, ya no se lo voy a quitar todavía - saber que uno la puede callar, nada más que empiece a comer más comida a ver si quiere el biberón y se lo voy quitando, de poquito. No sentí nada.
5	* Que ya está bién de darle pecho, ya no es tan benéfico como antes, entonces ya lo evito y empiezo a darle menos. Creo le seguiría dando hasta que empezara a caminar, hasta que la gente empiece a decir:

“Uuuuh, ya está bien grandote y todavía le estás dando pecho”.  
Como que sí influye cuando te lo dicen. Con la niña batallé menos para retirarle el pecho porque le di biberón y se adaptó rápido.

### Categoría: Estrategias maternas y suspensión de la lactancia

No. de Caso	Fragmentos textuales de la entrevista o códigos nivel I
1	* Le ofrecía el biberón con jugo en la noche, pero lloraba mucho y lo aventaba. Se les va dando a comparación del pecho, darle más comida y espaciarle el pecho, nadamás en la mañana y en la noche, luego nada más en la noche y ellos se dan la idea que van a seguir con la pura comida..
2	* Lo “hambriaba” ( de pecho) le daba el biberón y no se lo tomaba, me ponía cosas amargas (en los senos) para que las probara y ya no quisiera prenderse, al ver que tomaba pura agua, le hice agua de avena, poquita azúcar, se la tomó creyendo que era agua. Así con la “hambriada” y la “engañada”. Cuando él (esposo) se iba a trabajar yo podía dejar hambriar al niño, y que agarrara el biberón.
3	* Les empecé a quitar el pecho y les daba atole de masa solo, le daba harina de arroz, me eché sábila, le dí pecho y no le gustó y ya no quería, les empezaba a dar la “teta” y no comían luego les daba de comer y tampoco, compraba “gerber”(marca de alimento comercial) al segundo le empecé darle comer todavía no tenía ni un mes.
4	* Se la fui quitando poquito en poquito, casi nomás, le daba un ratitito, se la quitaba y la hacía comer o le daba un dulce, y ya no la pedía, hasta que la dejó, no la extrañó ya.



**ANEXO No. 2**

**CONVENIO**

**UANL**

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN<sup>®</sup>  
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## CONVENIO

Al firmar este documento doy mi consentimiento para que me entreviste la Lic. María Elena Castillo Juárez, que realiza estudios de Post- grado en la Facultad de Enfermería de la UANL.

Comprendo que participaré en el estudio que investiga sobre: La alimentación al seno materno. Entiendo que los beneficios no serán en forma directa hacia a mí, pero sí me ayudará a reflexionar sobre lo que he hecho bien en mi vida. Mi participación en este estudio podrá ayudar a otras mujeres cuando alimenten a sus niños.

La entrevista se efectuará en : \_\_\_\_\_ el día y la hora que yo disponga.

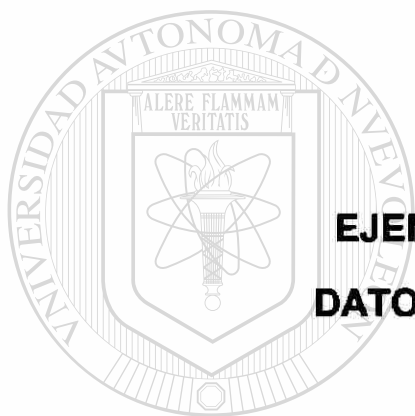
Acepto que la visita dure entre 40 y 90 minutos y no más de 120 por cada ocasión. Procuraré preservar ese tiempo para la entrevista. Las frecuencias de las entrevistas no serán mayor de cinco encuentros.

Acepto participar en este estudio de manera voluntaria, se que puedo dejar de participar en el estudio si así lo deseara. Tengo garantía de la Lic. María Elena Castillo Juárez que mi persona no será identificada de ninguna forma en la información proporcionada.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona

\_\_\_\_\_  
Firma de la entrevistadora

\_\_\_\_\_  
Fecha



### **ANEXO No. 3**

## **EJEMPLO DE HOJA DE TRABAJO DE DATOS TRANSCRITOS Y CODIFICADOS**

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN<sup>®</sup>  
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



**Anexo No.3**  
**Hoja de trabajo de transcripción y codificación**

**Caso No. 5 TG**  
**Entrevista No. 1**

**1.- Platíqueme: qué fue para usted alimentar al seno materno a sus niños?.**

\* Qué fue para mí?.... pues fue...,  
fue algo... como se dirá?, gratificante,  
el estar muy cerca.

**Qué fue alimentar  
con leche del seno**

Lo que pasa es que cuando nace tu bebé,  
ya no lo sientes, ya lo ves fuera,  
como que sientes, que ya

no es el mismo contacto con ella, o  
con él, como antes cuando lo tenías aquí,  
(ella se toca el vientre para retener el sitio)  
ni la misma protección que le podías dar  
y al momento de darle

**Contacto**

el seno materno es como...,  
volver a sentirlo muy cerca de ti,  
como sentir que depende  
completamente de ti, no hay otra cosa,  
¡no hay nadie más! que lo pueda...,  
que lo pueda cuidar,  
más que tú.

**Relación  
de  
Dependencia**

Esa dependencia, yo creo, es el sentirte  
muy útil para él, muy necesaria para él,  
creo que es la palabra: "Necesaria"

**Relación  
Madre e  
Hijo**

**2.- ¿Cómo gratificante?**

\* Es el hecho de sentirte que...  
eres insustituible para el, sentir que  
todavía sigue formando parte de ti  
aunque va a seguir formando parte de ti,  
de tu vida pero, pero cuando está dentro de ti,  
¡es como una mano, un pie! algo que sientes  
tuyo, sin embargo, ya cuando lo ves, ya no lo  
sientes tan tuyo, ya no es parte de ti, sino:  
- "ésto es lo que te estamos prestando,  
me lo vas a cuidar, me lo vas a alimentar,  
etcétera"-

**Vínculo  
Estrecho**

y al momento de tenerlo y "darle tú", (ella  
se lleva una mano al pecho) nadie más lo  
puede cuidar, nadie más le puede dar,  
¡más que su mamá!, que soy yo.

**Unión de  
Exclusividad  
Entre madre-hijo**

## CATEGORIAS

- 1.- Experiencia gratificante.
- 2.- Vinculo estrecho.
- 3.- Bondades de la leche y el pecho.
- 4.- Motivos para dar pecho.
- 5.- Indicadores de saciedad.
- 6.- Estrategias maternas para asegurar la leche.
- 7.- Autocuidado de los senos.
- 8.- Molestias /problemas durante la lactancia.

---

- 9.- Respuesta materna ante molestias y problemas.
- 10.- Indicadores para retirar la lactancia.
- 11.- Sentimientos maternos por retirar la lactancia.
- 12.- Estrategias maternas para retirar la lactancia.

## RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

**Lic. MARÍA ELENA CASTILLO JUÁREZ**

Candidata para Grado de Maestría en Enfermería  
con Especialidad en Enfermería Comunitaria.

**Tesis: Alimentación al seno materno: Experiencia de la mujer.**

**Campo de estudio:** Ciencias de la Salud.

### Biografía

**Datos personales:** Mexicana, nacida el 19 de Junio de 1959, hija de Antonio Castillo Ortiz y Socorro Juárez Guerrero. Número cuatro de nueve hermanos. Con una hija de 16 años.

**Educación:** Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en Junio de 1980. Grado obtenido: **Licenciatura en Enfermería.**

**Experiencia Profesional:** Enfermera comunitaria en la subsecretaría Estatal de Salud del Estado de Nuevo León, Coordinadora del Centro de Salud por el Programa Desarrollo de Enfermería, Maestra del curso a distancia para Auxiliares de Enfermería en área rural del Programa PRODIE y Profesora desde 1982 en la Facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

